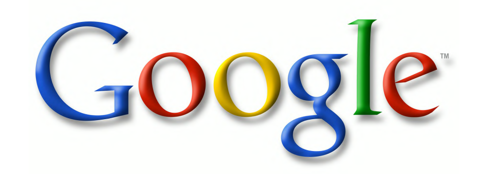
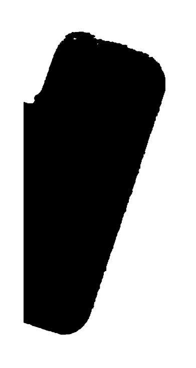



Google



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Erster Jahrgang.

1874. April bis December.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

1874.

Originalmittheilungen.

Namenregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen deuten auf Originalmittheilungen.)

Sachregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. Sonnabend, den 4. April. 1874.

Ueber die Osteotomia subtrochanterica.

von

Prof. Richard Volkmann.

Die operative Behandlung der Flexions- und Adductions-Contracturen des Hüftgelenkes mittelst des Rhea-Barton'schen Verfahrens, der Durchschneidung des Schenkelhalses, — gleichgültig, ob man sich mit der einfachen Trennung des Knochens begnügte, oder zur besseren Adaption der Sägeflächen einen Keil herausnahm —, hat nach der vorliegenden Casuistik eine Mortalität von etwa 50 % ergeben. Wenn ich nun auch annehme, dass sich bei der gegenwärtig so sehr vervollkommneten Wundbehandlung die Zahl der Todesfälle jetzt geringer stellen würde, so dürfte doch die Operation immer noch eine ziemlich gefährliche bleiben. Nicht gewagt darf sie werden, wo das Hüftgelenk nicht völlig obliterirt ist, und das Vorhandensein einer Synostose ausgeschlossen werden kann. Hier wäre die Resection des Schenkelkopfes zu substituiren, eine Operation, von der wiederum zugegeben werden muss, dass das functionelle Resultat nach ihr ein unsicheres ist.

Ich glaube, dass diese Missstände durch eine, etwas unterhalb der Trochanterspitze, etwa dem kleinen Trochanter gegenüber, vorgenommene Osteotomie verringert werden, und habe diese Operation in der letzten Zeit 2mal ausgeführt. Dass dabei die Festigkeit der bestehenden Verbindung zwischen Femur und Becken nicht alterirt wird, halte ich für besonders wichtig, freilich renoncirt man dabei auf die Gewinnung einer beweglichen Verbindung. In meinen beiden Fällen wurde mir dies um so leichter, als beide Male vollständige Luxationen des Schenkelkopfes vorlagen und dieser letztere noch ein wenig beweglich war.

Die Trennung des Knochens wurde nach Ablösung des Periostes mit dem Meissel ausgeführt und ein Keil weggenommen, dessen Basis der gleichzeitigen Flexions- und Adductionsstellung entsprechend nach hinten und aussen verlegt wurde. Doch wurde der Knochen nicht vollständig getrennt, sondern die dem Trochanter minor zugehörige Wand zuletzt fracturirt. Bei dem einen Kranken, einem jungen Manne mit Luxation des Hüftgelenkes nach Osteomyelitis acuta diffusa und schwerer Contractur, ist bereits Consolidation in der gewünschten Stellung eingetreten. Die zweite Kranke, ein 15jähriges, grosses Mädchen mit einer seit dem dritten Jahre bestehenden coxalgischen Luxation, die bisher nur an Krücken gegangen war, hat den Eingriff bis jetzt ganz fieberlos überstanden.

Die Osteotomia subtrochanterica dürfte sich besonders für schwere Adductionsankylosen eignen, die ja, wenn der Kopf nicht in der Pfanne steht, aus anatomischen Gründen dem Brisement forcé nicht zugänglich sind, den Gebrauch der Extremität aber ganz besonders erschweren.

Was das zu erreichende orthopädische Resultat anbetrifft, so ist es selbstverständlich, dass die durch die Adductionsstellung bedingte Beckenerhebung durch die Osteotomie beseitigt werden wird. Der Fuss wird durch die Operation um so viel verlängert werden können, als die Beckenverschiebung betrifft, das will sagen 2, 3 ja selbst 4 Zoll, in einzelnen Fällen möglicherweise noch mehr. Da jedoch bei derartigen Kranken, abgesehen von der Beckenverschiebung, oft noch eine wirkliche Verkürzung der Extremität besteht, so wird man daran denken können, durch Heilung der Continuitätstrennung in abducirter Stellung des Beines eine entsprechende Beckensenkung zu erzwingen, und den Rest der Verkürzung dadurch ganz oder zum Theil auszugleichen. Weitere Verlängerungen der Extremität um 1 bis 2 Zoll dürften auf diesem Wege zu erreichen sein. Ich habe den letzteren in meinen beiden Fällen eingeschlagen und mich dabei überzeugt, dass der Ueberfühung der Extremität aus der stark adducirten in die abducirte Stellung seitens der Muskeln kein unüberwindliches Hinderniss entgegengestellt wird.

In zwei ähnlichen Fällen habe ich bei Kindern durch Fracturirung des Femur unmittelbar unter dem grossen Trochanter und bei

nach gleichen Principien geleiteter Nachbehandlung brillante Resultate erzielt.

Die grosse Häufigkeit veralteter Adductions-Ankylosen des Hüftgelenks und der Wunsch, das Verfahren auch von anderer Seite geprüft zu sehen, werden, wie ich hoffe, vorstehende Mittheilung rechtfertigen.

Dr. Rouge. (aus Lausanne). Nouveau procédé pour la ligature de la carotide primitive.

(Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande. 1873. No. 11).

In einer Mittheilung in der medicinischen Gesellschaft der welschen Schweiz hat R. folgende neue Methode zur Ligatur der Art. carotis communis angegeben, welche für gewöhnliche Fälle ebenso leicht ist, als das übliche, und sehr viel leichter und ungefährlicher sein soll, als das Sédillot'sche Verfahren zur Unterbindung des Gefässes in seiner unteren Hälfte, zwischen beiden unteren Köpfen des Musc. sterno-cleido-mastoideus. Bei einer grossen Reihe von Fällen dürfte sie ausschliesslich empfohlen werden.

Zwar hatte R. bisher keine Gelegenheit, sie am Lebenden auszuführen; sie ist aber am Cadaver mehrmals und immer mit dem gleichen Erfolg probirt worden. —

Bei stark gestrecktem und zugleich nach der anderen Seite gedrehtem Kopfe, wird der Schnitt für gewöhnlich auch in der Höhe des Schildknorpels, aber am hinteren Rande des hervortretenden Kopfnickers geführt. Man dringt ohne Mühe von hinten und aussen nach vorn und innen, an der inneren Fläche des Muskels bis zu den Gefässen. Die V. jugularis zieht sich von selbst nach vorn und genirt absolut nicht; die Carotis wird mit der grössten Leichtigkeit isolirt und unterbunden.

In allen Fällen, wo Geschwülste, die vordere Halsgegend einnehmend, die Operation oft beträchtlich erschweren, beispielsweise bei Struma, welches gerade in der Schweiz so häufig vorkommt, soll Vfs. Methode die allein indicirte sein, um so mehr, als die carotis in solchen Fällen nach hinten mehr oder weniger dislocirt erscheint. Als Vortheile seiner Methode hebt Vf. ferner hervor, dass die Ligatur auf verschiedener Höhe ausgeführt werden kann, und dass die Lage der Wunde den Abfluss der Wundsecrete erleichtere. — Sollten hier noch kosmetische Gründe berücksichtigt werden, so könnte man endlich anführen, dass bei diesem Verfahren die Narbe mehr seitlich und nach hinten zu liegen kommt, und durch das Hervortreten des M. sterno-cleido-mastoideus weniger auffällig ist.

Girard (Strassburg i/E.)

Watt. Spina bifida durch Injection geheilt.

(British med. Journ. 1874. 31. Jan. p. 137.)

W. behandelte bei einem 3jähr. Mädchen die Geschwulst einer Spina bifida von $13^1/_2''$ Umfang und $4''$ Prominenz, welche

bei Berührung schmerzhaft, beim Schreien prall wurde, deutliche Fluctuation zeigte, bei der Geburt jedoch nur wallnussgross gewesen war. Das Kind fing im zweiten Jahre an zu gehen, aber lief unsicher und konnte Urin und Stuhlgang nicht halten. — 2 Probepunctionen innerhalb 8 Tagen entleerten 12 und 10 Unzen klarer Flüssigkeit; nach 10 Tagen Entleerung von 10 Unzen und Einspritzung von $1/2$ Drachme Jodkaliumlösung. Es tritt Fieber ein, Geschwulst schlaffer. 10 Tage später, nach Entleerung von 8 Unzen, erneute Einspritzung, von heftigem Fieber gefolgt; der Tumor, von $1/3$ der früheren Grösse, ist sehr schmerzhaft. 5 Unzen werden abgelassen und zum dritten Mal $1/2$ Drachme eingespritzt. Jetzt tritt Absorption auf, so dass 12 Wochen nach Beginn der Behandlung, anstatt der Geschwulst, sich eine normal empfindliche, etwas dicke, harte, geröthete Hautdecke befindet; die Oeffnung des Spinal-Canales ist geschlossen. Das Kind hat volle Sicherheit beim Gehen und den Schluss seiner Sphincteren des Mastdarms und der Blase erlangt. Dieses ist der zweite von W. in derselben Art mit gutem Erfolge behandelte Fall.

Pils (Stettin).

Lichtenberg. Entfernung einer Gelenkmaus aus dem Knie unter antiseptischer Behandlungsweise.

(British med. Journ. 1874. No. 680 p. 44.)

In einer Vorbemerkung macht Lichtenberg aufmerksam auf die Gefahren und zweifelhaften Erfolge der Operation bei freien Gelenkkörpern, die wegen ihrer Plage für die Patienten die Entfernung erheischen. Er gedenkt besonders der günstigen Erfolge Square's (Plymouth) welcher aus eigener Praxis und der einiger anderer Operateure 24 günstige Fälle, nach der subcutanen Methode operirt, aufzuweisen hat; alle Operationen hatten vollkommene Heilung in kurzer Zeit ohne jeden Zwischenfall ergeben. Auch L. würde subcutan operirt haben, hätte ihm nicht Lister's antiseptische Behandlungsweise die directe Incision statthaft erscheinen lassen.

Der 21jährige Kranke war vor 4 Jahren gefallen, die am linken Knie aufgetretene Abscedirung heilte langsam, vor 2 Jahren fühlte er zeitweise ein Knarren im Gelenke, hatte im letzten Jahre eine über 6 Wochen dauernde Synovitis; seitdem heftige Schmerzen im Kniee bei starker Bewegung und das deutliche Gefühl eines freien Körpers im Gelenke. Unter den antiseptischen Vorsichtsmassregeln Lister's wurde am 3. Mai durch Incision der Körper leicht entfernt, die Wunde mit carbolisirtem Catgut vereinigt und der antiseptische Verband angelegt. Es erfolgte kein Fieber, keine locale Entzündung; am 4. Tage wurde die letzte Sutur entfernt; es bestand volle Heilung, dennoch liess L. den Patienten erst nach einer Woche gehen. Am 17. Mai verliess der Geheilte das Spital. —

Pils (Stettin).

Ph. A. Bisell. Fall von complicirter Fractur des Radius und der Ulna mit Luxation im Ellbogen- und Handgelenke.

(New-York med. Journ. 1874. No. 1. p. 60.)

Der vom Verf. beobachtete äusserst seltene und interessante Fall betrifft eine divergirende Luxation beider Vorderarmknochen auf die innere und äussere Seite des Gelenkfortsatzes des Humerus, mit gleichzeitiger complicirter Fractur beider Vorderarmknochen und Luxation im Handgelenke.

Die Verletzung wurde beobachtet bei einem Knaben von 13 Jahren, welcher von einem Maulthiere herabgefallen war (wie?). Es fand sich ein Querbruch beider Vorderarmknochen, 2 Zoll oberhalb des Handgelenkes, complicirt mit einer Wunde an der Innenseite des Vorderarmes, aus welcher die Enden der beiden oberen Fragmente hervorstanden, und zwar so, dass das Ende des Radius die Ulna kreuzte. Die Hand war im Handgelenke nach auf- und rückwärts luxirt (?). Im Ellbogengelenke fand sich der Gelenkfortsatz des Humerus zwischen den Gelenkenden des Radius und der Ulna, so zwar, dass das Capitulum radii auf dem äusseren Condyl, das Olecranon an der inneren Seite der Condylenpartie des Humerus sich befand; dabei war kein Bruch an den Gelenkenden vorhanden. Der Vorderarm befand sich annähernd in Streckung und in Supination. Die Reposition, zuerst der Ulna und dann des Radius, gelang mit Anwendung einer ziemlich beträchtlichen Gewalt durch »Extension in seitlicher Richtung«. Die Reposition der Fragmente wurde zugleich mit der der Luxation im Handgelenke vorgenommen, und dann ein gewöhnlicher Fracturenverband mit Pappschienen angelegt. Nach 25 Tagen war Consolidation an der Bruchstelle eingetreten; die Streckung im Ellbogengelenke, sowie Pro- und Supination blieben beschränkt.

Verf. fügt hinzu, er halte es für eine nothwendige Bedingung für das Zustandekommen dieser Form von Ellbogengelenksluxation, dass ein Bruch beider Vorderarmknochen, und zwar ein mit einer äusseren Wunde an der Bruchstelle complicirter Bruch vorhanden sei, weil sich sonst die unteren Enden der oberen Fragmente nicht in genügender Weise über einander kreuzen könnten. Er hält den Fall für ein Unicum, da er in der Literatur kein einziges analoges Beispiel entdecken konnte, und fügt den Wunsch hinzu, wenn ein ähnlicher Fall bereits beschrieben sei, von diesem Kenntniss zu erhalten.

Ref. ist im Stande, diesem Wunsche zu entsprechen: ein ganz analoger Fall ist in dem Kinderhospital von Guersant im Jahre 1854 beobachtet (Union méd. 1854. No. 93 p. 379). Derselbe betraf einen jungen Menschen von 15 Jahren, welcher sich durch einen Fall von einem Baume herab, folgende Verletzungen zugezogen hatte: einfacher Bruch beider Vorderarmknochen an der unteren Grenze des mittleren Drittels mit bedeutender Verkürzung, divergirende Luxation beider

Vorderarmknochen auf die innere und äussere Seite des Gelenkfortsatzes des Humerus. Die Reposition gelang leicht in der Narkose durch Zug am Vorderarme und directen Fingerdruck auf die luxirten Gelenkenden in der Richtung nach der Seite und nach abwärts. Der Ausgang ist nicht mitgetheilt.

Leider sind die Beobachtungen in beiden Fällen nicht von der wünschenswerthen Vollständigkeit, namentlich in Betreff der Beschreibung der einzelnen Erscheinungen zur Controle der Diagnose. Auch der Mechanismus der Entstehung dieser Luxationsform ist nicht aufgeklärt, wenn es auch von vornherein als wahrscheinlich anzunehmen ist, dass die Entstehung des Bruches der Luxation vorausgeht. Jedenfalls dient die Beobachtung von Guersant, in welcher die Luxation mit einem einfachen Bruche des Vorderarmes ohne Hautwunde verbunden war, zum Beweise dafür, dass die Annahme von Bisell, welcher eine complicirte Fractur als nothwendige Bedingung für das Zustandekommen der Luxation voraussetzt, thatsächlich nicht begründet ist. **P. Bruns.** (Tübingen.)

Nicolai Taburé. Ueber Transfusion des Blutes.

(Inauguraldissertation. St. Petersb. 1873.) (Russisch.)

Verf. hat 28 Versuche an verschiedenen Thieren angestellt, theils um die Resultate früherer Experimentatoren zu controliren, theils um einige Fragen, die er selbst aufgestellt, zu lösen. Bei den ersten 11 Versuchen wurde Blut verschiedener Thiergattungen transfundirt und zwar entweder unmittelbar, nachdem es dem blutspendenden Thiere abgezapft, oder nachdem dasselbe längere Zeit bei niedriger Temperatur aufbewahrt worden war.

In allen Fällen wurde das zu transfundirende Blut erst defribinirt und an dem Versuchsthier ein Aderlass der Transfusion vorausgeschickt. So wurde zwei Katern das Blut von Hunden, 7 Hunden das Blut von Kälbern, einem Hunde Katzenblut und einem Schafe Hundeblut eingespritzt. In drei Fällen war das Blut längere Zeit (bis 46 Stunden) bei einer Temperatur von 0° aufbewahrt worden. In 2 Fällen (bei Hunden) erfolgte der Tod nach 20 und 22 Stunden nach der Transfusion von Kalbsblut; als Todesursache nimmt Autor in einem Falle Herzparalyse an, in dem zweiten fand man bei der Autopsie Gehirn- und Lungenödem. In allen übrigen Fällen wurde die Transfusion von defribinirtem Blute einer fremden Gattung von den Versuchsthieren nicht allein gut vertragen, sondern es äusserte dieselbe excitirende und roborirende Eigenschaften, wie das Blut eines Thieres derselben Gattung. Verf. fand, dass das fremde Blut nach einem Zeitraum von 24 bis 60 Stunden vollständig assimilirt wurde. — Eine zweite Versuchsreihe war bestimmt, den Zeitpunct festzustellen, wann an acut anämischen Kranken, die einer grösseren Operation (Amputation) unterworfen worden waren, oder unterworfen werden sollten, die Transfusion vorgenommen werden muss. In 8 Fällen wurde Hunden ein Bein amputirt, dabei durch Abzapfen von

c. 45—50% der (nach Welcker berechneten) totalen Blutmenge des Versuchsthieres, eine hochgradige Anämie erzeugt und in Zeiträumen von 10 bis 30 Minuten nach der Amputation defibrinirtes Thierblut einer fremden Gattung (Kalbs- oder Schafblut, nur in einem Falle das eigene defibrinirte Blut) eingespritzt. In allen Fällen erfolgte der Tod und zwar in Folge von nicht zu stillenden, parenchymatösen Blutungen aus dem Amputationsstumpfe. Verf. zieht aus diesen Experimenten den Schluss, dass sich durch den Ersatz des normalen Blutes durch defibrinirtes »Haemophilie« ausbilde und daher die Transfusion nach grösseren blutigen Operationen nicht allein nichts nutze, sondern absolut schade. Von 2 Hunden, denen die Transfusion (einem mit Hunde-, dem andern mit Kalbsblut) 24 Stunden nach der Amputation und der acuten Anämirung gemacht wurde, überlebte der erste die sämmtlichen Operationen und ging der zweite am 11. Tage an acut-purulentem Oedem und Septicämie zu Grunde. In einem Falle wurde an einem Hunde der Blutverlust und der unmittelbare Ersatz desselben durch defibrinirtes Kalbsblut $2^1/_2$ Tage der Amputation vorausgeschickt. Das Thier genas nach 12 Tagen. Diese letzteren 3 Versuche berechtigen zu dem für die Praxis wichtigen Schlusse, dass man die Transfusion gefahrlos einen Tag vor oder nach einer blutigen Operation machen könne. — In 6 Fällen (von den erwähnten 28) wurde die Reinheit des Experimentes entweder durch Zufälligkeiten während der Operation, oder durch zu frühen Tod der Thiere vor der beabsichtigten Amputation gestört und enthalten wir uns deshalb einer Beschreibung derselben. Erwähnen müssen wir jedoch, dass sich Verf. als Gegner der directen Transfusion, (die er übrigens nur ein einziges Mal vom Kalbe auf einen Hund versucht hat), hinstellt und dieselbe als unbequem und gefährlich verwirft. —

Heppner (St. Petersburg).

Clinical Society, Friday, January 9.

(Medical times and gazette, Jan. 17.)

Mr. B. Carter stellte ein 12jähr. Mädchen vor, bei welchem ein im obern Theil der linken Orbita entstandenes, rasch wachsendes Spindelzellensarcom zum ersten Male am 6. März 1872 operirt worden war. Recidiv nach 6 Wochen. Am 2. Mai abermalige Operation, Entfernung der Augenlider und Ausräumung der ganzen Augenhöhle. Dieselbe wurde dann mit einem heissen Eisen sorgfältig getrocknet und darauf eine Chlorzinkplatte applicirt, wonach die knöchernen Wandungen sich exfoliirten. Seitdem kein Recidiv. Carter spricht im Anschluss hieran seine Ueberzeugung aus, dass maligne Tumoren anfangs immer lediglich locale Erkrankungen seien. Er erwähnt einen kürzlich von ihm veröffentlichten Fall von Gliom der Retina, welches von ihm operirt und jetzt, nach 12 Jahren, noch nicht recidivirt sei. Ferner einen Fall von doppelseitigem Gliom der Retina bei einem Kinde, dessen Eltern nur die Exstirpation des rechten Bul-

bus zuliessen. Links blieb der Tumor 3 Jahre so gut wie stationär, dann wuchs er rapide. Rechts war aber kein Recidiv eingetreten.

(Diesen interessanten Mittheilungen über Fälle bleibender Heilung bei einer Geschwulstform, die für ganz besonders bösartig gilt, kann ich eine analoge Erfahrung aus der hallischen Klinik beifügen. Einem Mädchen von 8 Jahren wurde am 12. Mai 1868 wegen eines Glioms der Retina von Prof. Volkmann der rechte Bulbus enucleirt. Allein schon nach 5 Wochen zeigte sich ein Recidiv am Sehnervenstumpf, in Folge dessen nun die völlige Ausräumung der ganzen Augenhöhle vorgenommen wurde. Die Knochen wurden vollständig ihres Periostes beraubt, der Sehnerv hart am foramen opticum abgeschnitten. Die Heilung erfolgte ohne besondere Zwischenfälle und das Mädchen ist seither völlig gesund geblieben. S. auch Joh. Nellessen, casuistische Beiträge zur Kenntniss des Glioms der Netzhaut. Inaug.-Diss. Halle 1872. Ref.)

Schede (Halle).

W. Stein. Eine neue Modification der v. Gräfe'schen lineären Staarextraction.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften. No. 2, 1874.)

Verf. erprobte in einigen Fällen mit gutem Erfolge eine neue Modification der v. Gräfe'schen lineären Staarextraction. Die Operation besteht aus folgenden Acten: 1) der lineäre Schnitt mit dem Gräfe'schen Messer; 2) man fasst den inneren Rand der Iris mit einer gebogenen Hakenpincette, führt denselben aus der Wunde heraus und schneidet die Iris dicht an den Branchen der Pincette ab, wodurch ein beinahe viereckiges Stück mit einer etwas breiteren Basis nach oben von 1''' Höhe und $1^1/_2$—2''' Breite ausgeschnitten wird; 3) man führt das Beer'sche Häkchen ein und dissecirt die Linsenkapsel.

H. Tillmanns (Leipzig).

R. Olshausen. Die blutige Erweiterung des Gebärmutterhalses.

(No. 67 der Sammlung klinischer Vorträge).

Indem Verf. zuerst auf den Begriff Dysmenorrhoe eingeht, kommt er zu dem Resultate, dass nur die »mechanische« Dysmenorrhoe hier in Frage komme und auch von dieser nur diejenigen Fälle durch besagte Operation zur Heilung geführt werden könnten, bei denen eine Verengerung des Os uteri externum die Ursache der krankhaften Erscheinungen sei. Nur wenn der Uterus in seinem Canale keine Knickung hat, kann man auch daran denken, das Os uteri internum auf blutigem Wege zu erweitern. Da der Begriff »Enge des Muttermundes« ein sehr relativer, so bestimmt Verf. genauer die Grenze, von wo ab ein pathologischer Zustand anzunehmen sei. Er zieht diese Grenze ziemlich weit, so dass er die Operation vorschlägt auch für die Fälle, wo bei normalem, virginellem Ostium die Sterilität beseitigt werden soll.

Nach mehrjährigen Erfahrungen ist Verf. zu dem Ziele gekommen, bei der Ausführung der Operation die Hysterotome zu verwerfen und sich nur des Sims'schen Messers zu bedienen.

Die Hauptschwierigkeit besteht nicht in der Operation selbst, sondern in der Verhütung des Zusammenheilens der getrennten Partieen. Hier schlägt Verf. vor, sofort nach der Operation eine Cauterisation der Wundflächen mit ferrum candens, in zweiter Linie mit Liquor ferri vorzunehmen. Gegen den Gebrauch des Pressschwammes polemisirt er und führt zwei Fälle aus seiner Praxis an, in denen der Gebrauch des Pressschwammes septische Infection zur Folge hatte.

Eine zweite Art der blutigen Erweiterung des Gebärmutterhalses, die von Sims angegebene keilförmige Excision aus der vorderen Muttermundslippe, wendet O. nur bei Anteversionen an, für den Fall, dass durch diese Lageveränderung das Eindringen der Spermatozoen erschwert wird.

Schliesslich gedenkt Verf. der Gefahren der Operation, die hauptsächlich in dem Auftreten von parametritischen Processen zu fürchten sind. Er warnt auch mit Recht davor, die Operation nicht bei schon bestehenden Entzündungen auszuführen. Im Ganzen giebt er zu, »dass zur Zeit ohne Zweifel die Incision des Cervix viel zu häufig ausgeübt wird, theils weil man die Sicherheit des Erfolges, die Bedeutung zu hoch anschlägt, theils weil man die Gefahren derselben, die der nachfolgenden Entzündungen unterschätzt«.

Ahlfeld (Leipzig).

Th. Billroth. Ueber die Exstirpation ausgedehnter Zungencarcinome von der Regio suprahyoidea aus.

(Arch. f. klin. Chir. Bd. XVI. Hft. 1. 1874.)

B. fand zur Exstirpation weit nach hinten reichender Zungencarcinome den Raum vom Munde her sowohl für Ecraseur und Galvanocaustik, als auch für das Messer, selbst nach Durchsägung des Unterkiefers in der Mitte, oder Spaltung der Wange, für unzureichend. Er wählte deshalb eine Methode, wie sie zuerst von Cloquet, dann von Regnoli in ähnlicher Weise angegeben wurde, ohne indessen die Operationen dieser Chirurgen zu kennen. — Nachdem der Mund des Patienten durch mehrere Tage mit der grössten Sorgfalt gereinigt ist, wird ein 5—6 Cm. langer Querschnitt dicht am unteren Rande des Unterkiefers bis auf den Knochen geführt; seine Mitte entspricht genau der Mitte des Kinnes. Von ihm aus gehen zu beiden Seiten, ziemlich direct nach unten, zwei 3 Cm. lange Längsschnitte, zuerst nur durch Haut und Platysma. Vom Querschnitte aus wird das Periost mit dem Zahnfleische und die Muskeln getrennt, die Mundhöhle eröffnet und dann, soweit es nöthig, auch die Seitenschnitte bis in den Mund geführt. Dann wird die Zunge nach unten hervorgezogen und alles Kranke, besonders auch die Lymphdrüsen von den Seitenschnitten aus entfernt. — Der Querschnitt wird dann

vollständig vereinigt, ebenso der vordere Theil der Seitenschnitte. Die Schleimhaut des Zungenstumpfes wird seitlich hervorgezogen und in dem unteren Winkel der Seitenschnitte mit Nähten befestigt, wenn es ohne Zerrung der Epiglottis und des Larynx möglich ist. Es wird hierdurch das Schlingen erleichtert, der Abfluss der Secrete befördert. Bei der Nachbehandlung befindet sich der Pat. halbsitzend mit nach vorn geneigtem Kopfe; die Ernährung erfolgt etwa 3 Wochen mit der Schlundsonde. B. hat bis jetzt 9 Operationen dieser Art gemacht, Czerny 1. — Von diesen 10 Patienten sind 6 genesen, 3 an Diphtherie, 1 an Pyaemie gestorben. — **Maas** (Breslau).

Prof. Kosiński. Ein Fall von angeblichem Verschlucken einer grösseren Zahl von Nadeln. (Polnisch.)

(Denkschriften der Warschauer Medic. Gesellschaft. Heft IV. J. 1873. p. 92.)

K. citirt den Fall einer 17jährigen, unverheiratheten Dame, aus Genf gebürtig, welche vorgab, im Juni 1873 zufällig ein Päckchen von 24—25 Nadeln verschluckt zu haben, von denen 16 Stück durch den zuerst behandelnden Arzt an verschiedenen Theilen der Bauchdecken, durch Einschnitte in die Haut, entfernt wurden. — Die Kranke klagte über heftige Schmerzen in der Gegend des Nabels, in der Urinblase und im Mastdarme, aus welchem sie auch Blut verloren haben will. Es wurden mehrere Nadeln in den Bauchdecken gefunden und eine im Mastdarme, die hier aber ganz auffällig gelagert erschien. Die Nadeln lagen horizontal zur Hautfläche oder auch mehr senkrecht, mit dem Oehr nach oben gewendet. — Dies bewog den Operateur, die Kranke strenger zu befragen; und es gelang ihm, von ihr das Geständniss zu erlangen, dass sie selbst sich die Nadeln in die Haut gesteckt habe. —

In der Harnblase und Vagina wurden trotz genauer Untersuchung keine Nadeln entdeckt. —

Nélaton beschreibt einen ähnlichen Fall in »Doctrine chirurgicale« 1842. T. III. p. 426. — Die Kranke, Genofève Pull, verschluckte mehrmals Nadeln in grosser Anzahl, welche dann durch Bauchdecke, Harnblase, Vagina und an allen Extremitäten hervortraten. — Nach 24jährigem Leiden starb die Kranke und es wurden in verschiedenen Theilen des Körpers noch zahlreiche Steck- und Nähnadeln vorgefunden. —

Otto in Kopenhagen beschreibt eine gewisse Rachel Hertz, bei der 395 Nadeln herauskamen, ohne schwere Zufälle zu verursachen. —

Bauerertz (Warschau).

Dr. A. Michaelis. Beiträge zum Studium der Lymphgeschwüre und croupösen Processe.

(Wiener medicin. Presse. Jahrg. XV. No. 1, 2, 3, 4 und 6, 1874.)

Verf. beginnt mit einer Kritik der, seiner Meinung nach, in zu weitem Sinne gebrauchten Bezeichnung »varicöses Geschwür«. In

manchen Fällen bestehen allerdings Varicositäten der Saphenvenen gleichzeitig mit Unterschenkelgeschwüren, oft genug aber sehe man letztere ohne Spur einer Venenectasie auftreten. Bei starken Varicositäten sehe man fast nie Geschwüre. Nach Mittheilung eines Falles von wirklicher Lymphorrhoe an der unteren Extremität einer Patientin, erörtert Vf. seine Ansicht, wonach die weitaus grösste Zahl von Geschwüren, welche man als »varicöse« zu bezeichnen pflege, als »Lymphgeschwüre«, bedingt durch capillare Lymphangioitis, aufzufassen seien, was auch durch den mikroskopischen Befund des Secretes derselben, welcher farblose Lymphkörperchen, Faserstoffschollen und spärliche rothe Blutscheiben zeige, wahrscheinlich gemacht werde. Die Lymphgerinnungen auf dem Geschwüre — den speckigen Belag derselben darstellend — haben, weit mehr, als geronnener Blutfaserstoff, Neigung zum necrotischen Zerfalle, daher die so häufig üble Beschaffenheit der Geschwüre stamme. Vf. ist geneigt auch für den croupösen Process, für die Darmgeschwüre bei Ruhr, die Schankergeschwüre u. a. die Entstehungsursache in einer capillaren Lymphangioitis zu suchen.

Fr. Steiner (Wien).

Dr. Eggerth und **Dr. v. Gerl.** Leistenhernie mit doppeltem Bruchsacke.

(Wiener medicin. Presse. Jahrgang. XV. No. 2 1874.)

Nach Eröffnung des Bruchsackes floss etwas Bruchwasser aus und das vorliegende Dünndarmstück hatte eine eigenthümliche, wie verschwommen blauröthliche Färbung. Die Fingerspitze konnte an der Einklemmungsstelle nicht vordringen, bewegte sich hier wie in einem Blindsacke um die eingeschnürte Darmstelle herum.

Endlich fand man an der unteren Fläche des vorliegenden Darmstückes eine kleine Stelle, ähnlich einer Abschürfung; hier drang die Sonde ein, und jetzt überzeugte man sich von dem Vorhandensein eines zweiten dünnhäutigen Bruchsackes, nach dessen Spaltung der Darm in frisch blauröthlicher Färbung sich präsentirte. Die Beseitigung der Einklemmung geschah jetzt ohne Anstand. Der weitere Krankheitsverlauf war sehr günstig.

(Ein ganz ähnlicher Fall von doppelt. Bruchsack bei einer Leistenhernie wurde jüngst auf Dr. Szigmondy's chir. Abtheilung im Wiener allgem. Krankenhause beobachtet. R.)

Fr. Steiner (Wien).

Dr. V. v. Ivanchich. Entfernung eines über 40 Millim. langen, 7 Millimeter im Durchmesser haltenden Wachskerzenstückes aus der Harnblase.

(Wien. Allgem. medic. Zeitung No. 3, 1874.)

Einem kräftigen Manne von 43 Jahren war 7 Wochen, bevor er in die Behandlung I.'s gelangte, ein Wachskerzenstück von den an-

gegebenen Dimensionen in die Blase geglitten. Extractionsversuche wurden unmittelbar nach dem Zufalle unternommen, waren aber gescheitert. Der Harn war ammoniakalisch, Beschwerden des Kranken sehr bedeutend. I. zerschnitt in 3 Sessionen mittelst eines scharf gezahnten, gefensterten Lithotribes das Kerzenstück, welches sich bereits stark inkrustirt hatte. Mit dem Harnstrahl ging zuletzt ein zolllanges Stück der Kerze durch die Urethra ab; die Gewichtsmenge des entleerten Detritus, theils Wachsbröckel, theils Phosphatmassen betrug 32 Gran. **Winiwarter** (Wien).

Necrosis of os Calcis; Removal of Sequestrum by Bloodless Method, Remarks.

(Under the Care of Sir William Fergusson). (The Lancet Jan. 3, 1874.)

F. G., 24 Jahr alt, wurde am 6. November 1873 mit einem Leiden am rechten Fussgelenk aufgenommen. Ohne besondere Veranlassung war im Januar das Uebel mit Entzündung und lebhaften Schmerzen entstanden. Im Mai war die Geschwulst aufgebrochen, hatte ziemlich viel Eiter entleert und es war eine Fistel zurückgeblieben. Bei der Aufnahme fand sich, $1^1/_4$ Zoll hinter und unter dem äusseren Knöchel, ein Fistelgang, welcher auf das rauhe os Calcis führte.

Am 8. November wurde der Esmarch'sche Apparat angelegt und nach Erweiterung der Oeffnung ein Sequester entfernt, der, ungefähr 1 Zoll im Durchmesser, den ganzen Fersentheil des Knochens repräsentirte. Uebrigens lag dieser Sequester verhältnissmässig lose in einer Höhle von neugebildetem Knochen. —

F. macht darauf aufmerksam, dass, gegenüber der Caries am os Calcis, nur selten Necrose gefunden wird. —

Leisrink (Hamburg).

E. Wagner. Die Intestinalmycose und ihre Beziehung zum Milzbrand.

(Archiv d. Heilkunde. Jahrgang 15; Heft 1, 1874.)

Vf. giebt zunächst vier Krankengeschichten und genaue Sectionsbefunde von Leuten, welche während des Lebens viel mit Gegenständen, an denen meist Milzbrandcontagium haftet, zu thun hatten (einem der Kranken war auch kurz vor dem Tode eine Milzbrandpustel von Thiersch aus der Wange exstirpirt worden); sodann erwähnt er noch kurz drei ähnliche Fälle. Verf. berücksichtigt die bisher über diesen Gegenstand bekannt gewordene Literatur, besonders die Fälle von Wahl, Recklinghausen, Buhl und Waldeyer und giebt eine kurze Pathogenese der Intestinalmycose. Die parasitische Natur der beschriebenen Krankheitsfälle sei unzweifelhaft. Die Art des Pilzes entspreche im Wesentlichen den Bacteridien (Bacillus anthracis). Der Pilz dringt wahrscheinlich in die äussere Haut und

in die Magendarmschleimhaut ein. Vorzugsweise ist dann der Dünndarm ergriffen. An vielen Stellen, meist dem Ansatze des Mesenteriums entsprechend, zeigt die Darmwand Schwellungen, deren Mitte oft grau-grün verfärbt ist. Das Epithel fehlt vielfach oder ist abgehoben. Die Zotten, die Mucosa, Submucosa etc. sind verändert, das Gewebe serös, oder serös-fibrinös, oder eitrig infiltrirt; dabei ausgebreitete, tiefgehende Haemorrhagieen und hochgradige Hyperämie. Von ähnlichen Haemorrhagieen und Schwellungen sind die Mesenterial- und Lymphdrüsen betroffen. In allen Fällen finden sich zahlreiche Pilzmassen im Gewebe, in den kleinen Blut- und Lymphgefässen. Im Blute der Pfortader, wo von Anderen Pilzmassen gefunden wurden, konnten solche nicht beobachtet werden. In einem Falle wurde eine Blutprobe 24 Stunden vor dem Tode untersucht, aber keine Pilzfäden entdeckt; es können aber doch schon Pilzkeime vorhanden gewesen sein. Neben catarrhalischen Erscheinungen der übrigen Darmpartieen findet sich das Peritoneum in kleinerer oder grösserer Ausdehnung hyperämisch und in demselben eine seröse, eiterige, meist auch haemorrhagische Exsudation. Eigenthümliches Verhalten zeigen mehrfach die Mesenterialdrüsen, von denen die den afficirten Darmstellen zunächst liegenden meist frei bleiben, während entferntere haemorrhagisch und mit Pilzfäden erfüllt waren. In zwei Fällen fanden sich auch im Gehirn zahlreiche Haemorrhagieen mit besonderer Schichtung, in denen sich bedeutende Pilzmassen zeigten. Vf. hält die embolische Natur derselben für zweifellos. Die Störungen in den übrigen Organen sind nicht charakteristisch; namentlich war die Milz nicht constant afficirt.

Die Aetiologie der Intestinalmycose sei in sofern erklärt, als in allen Fällen die erkrankten Personen mehr oder weniger mit Haaren, besonders importirten Rosshaaren, die ja vorzugsweise Träger des Milzbrandcontagiums sind, zu thun hatten. Man kann daher wohl annehmen, »dass die Fälle der Intestinalmycose eine Art Milzbranderkrankung darstellen«, was bereits von Bollinger ausgesprochen sei. Die Atrien der Ansteckung sind wohl die Verdauungsorgane, in welche die Pilze in verschiedener Weise gelangen können. Ein Vergleich dieser Krankheit mit der constitutionellen Carbunkelvergiftung endlich zeige viele Differenzen. Die letztere sei eben wahrscheinlich in einigen Fällen septicämischer, in anderen rein pyämischer Natur.

A. Bidder (Mannheim).

C. Heitzmann. Ueber künstliche Hervorrufung von Rachitis und Osteomalacie.

(Aus den Sitzungsberichten der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung v. 24. Oct. 1873. Wien. med. Jahrbücher 1874. H. 1.)

H. weist nach, dass man durch fortgesetzte Verabreichung von Milchsäure, an Fleischfressern (Hunden, Katzen) zuerst Rachitis, später Osteomalacie, bei Pflanzenfressern (Kaninchen, Eichkätzchen)

ohne rachit. Vorstadium Osteomalacie hervorzurufen vermag. Dasselbe schädliche Agens erzeugt, so lange das Thier jung ist, Rachitis, — wird es älter, Osteomalacie. Hierdurch glaubt Verf. die bisher wiederholt ausgesprochene Vermuthung, dass die genannten Krankheiten auf identischen Ursachen beruhen, zur Thatsache erhoben zu haben.

H. Lossen (Heidelberg).

M. Davaine. Recherches relatives à l'action des substances antiseptiques sur le virus de la septicémie.

(Gazette médic. No. 4. p. 44. 1874.)

Bereits im October 1873 hat D. eine Reihe von Untersuchungsresultaten über die Wirkung antiseptischer Substanzen auf das Milzbrandgift mitgetheilt.

D. bediente sich damals zu seinen Versuchen des Meerschweinchens, dem er die betreffenden Flüssigkeiten subcutan injicirte. Schon die minimalsten Quantitäten des stark verdünnten Milzbrandgiftes genügten, um das Versuchsthier mit Sicherheit zu tödten. Um nun die Wirkung der verschiedenen antiseptischen Substanzen zu erfahren, mischte er $^1/_{100}$, $^1/_{1000}$, ja $^1/_{10000}$ Tropfen milzbrandigen Blutes mit Wasser und fügte die zu untersuchende Substanz hinzu. Ein einziger Tropfen dieser Flüssigkeit (nach einiger Zeit des Contactes), dem Thiere subcutan injicirt, genügte zur Entscheidung über die antiseptische Wirkung der beigefügten Substanz. War das Gift durch dieselbe zerstört, so blieb das Thier am Leben, während es im andern Falle sicher starb.

In ähnlicher Weise hat jetzt D. Versuche mit verdünntem septicämischen Blute an Kaninchen gemacht.

Das Blut wurde aus dem Herzen einige Stunden nach dem Tode entnommen. Die Verdünnung war $^1/_{10000}$ fach und die injicirte Menge war 1 Tropfen. In der erwähnten Verdünnung zeigt die Flüssigkeit keinerlei Verfärbung; beim Kochen, sowie beim Zusatz von Eiweiss fällenden Reagentien entsteht keine Trübung. Dabei wirkt aber 1 Tropfen dieser Flüssigkeit auf das Kaninchen stets tödtlich. Die Untersuchungen über die Einwirkung verschiedener Antiseptica haben nun Folgendes ergeben:

Die Carbolsäure zerstört in 1% Lösung regelmässig das septicämische Gift. Eine $^1/_2$% Lösung bleibt auch nach $^1/_2$ stündlichem Contact ohne Wirkung.

Das kieselsaure Natron verhält sich ähnlich.

Schwefelsäure wirkt noch bei 1500 facher Verdünnung. In ähnlichem Verhältniss wirkt auch das Kali causticum.

Energischer ist die Wirkung der Chromsäure. Von ihr genügt eine 3000 fache Verdünnung bei 30 bis 40 Minuten Contact zur Zerstörung des Giftes. In weit schwächerem Verhältniss wirkt das Kali hypermanganicum. Am stärksten wirkt das Jod, nämlich schon bei einer $^1/_{10000}$ fachen Verdünnung.

Eine Vergleichung der Einwirkungsweise der erwähnten Substanzen auf das septicämische Blut mit der auf das milzbrandige zeigt grosse Analogieen. In beiden Fällen, wirkt die Carbolsäure und das Natronsilicat in 100facher, das Jod in 10000facher Verdünnung. — Ausser den angeführten untersuchte D. noch eine grosse Anzahl anderer Stoffe bezüglich ihrer antiseptischen Eigenschaft (das essigsaure Kali, unterschwefligsaure Natron, Borax, Argentum nitr., Sublimat, schwefels. Chinin etc.). Die Siedehitze zerstört das Gift nicht. Reducirte D. die erwähnte Verdünnung durch Kochen auf die Hälfte, so tödtete ein Tropfen davon ebenfalls noch das Kaninchen. Der Erfolg bleibt aus bei geringer Ansäuerung oder Alkalescenz der Flüssigkeit vor dem Kochen; natürlich darf das zugesetzte Säure- oder Alkaliquantum nicht an und für sich auf das Gift zerstörend einwirken.

O. Volkmann (Halle).

Ludwig Letzerich. Mikrochemische Reactionen des Diphtheriepilzes.

(Berl. Klin. Wochenschrift No. 6, 1874.)

Verf. giebt zuerst an, dass der Diphtheriepilz in vier verschiedenen Formen wirksam sei, welche einzeln oder nebeneinander vorkämen und deren Uebergänge in einander leicht zu verfolgen seien. Ausser den vier niederen, aber allein wirksamen Formen, kämen noch zwei pathologisch wirkungslose Formen vor. Die vier betreffenden Entwicklungsphasen zeigen sich als 1) Mikrosporenmassen von streifiger, fast hyaliner Grundsubstanz; an ihr entwickeln sich kleine, runde Körperchen, welche wachsen und zu 2) Plasmakugeln werden von oft beträchtlicher Grösse. In diesen entwickeln sich 3) Mikrokokkenblasen, welche platzen und einen zusammenhängenden Mikrokokkenrasen entleeren können, aus welchem 4) eine echte Brandpilzform entstehen kann (den Sporen nach zu Tilletia gehörig). Diese vier Formen lassen sich mikrochemisch leicht durch die bei pflanzenphysiologischen Untersuchungen gebräuchliche Cellulosereaction nachweisen: feine Schnitte des zu untersuchenden Gewebes werden, nachdem durch Gemisch von 1 Wasser und 2 Alcohol die Parenchymflüssigkeit ausgezogen ist, mit gerade zur Befeuchtung genügender Wassermenge unter das Deckglas gebracht, etwas Jodtinctur zugesetzt, bis Sättigung eingetreten. Darauf lässt man etwas Ac. sulph. pur. zutreten. Wo Mikrosporen und Mikrokokkenmassen vorhanden sind, findet sich blauviolette Färbung, die kleinen Körperchen sind blau und braun, Plasmakugeln braungelb, bisweilen am Rande blau, das Mycelium des Brandpilzes hellblau, echte Sporen dunkelbraun.

Aehnlich wirkt Chlorzinkjodlösung, aber nicht auf alle Formen. — Die Jodschwefelsäurereaction gelingt noch, wenn die auf Diphteriepilze zu untersuchenden Gewebe wochenlang in Alkohol gelegen haben. —

v. Mosengeil (Bonn).

J. v. Rustizky. Untersuchungen über Knochenresorption und Riesenzellen.

(Virch. Archiv LIX, 2. S. 202, 1874.)

Verf. untersuchte im v. Recklinghausen's Institut zahlreiche Präparate von Knochenaffectionen, um das Verhältniss zwischen Knochenresorption und Riesenzellenbildung zu studiren. Dauernder Druck kann Knochenresorption herbeiführen, ohne dass Riesenzellen vorhanden sind. (Gruben der Schädelknochen hervorgebracht durch Pachioni'sche Granulationen; — Knochendefecte des Brustbeins, und dergl.) In den Fällen, in welchen Riesenzellen positiv nachgewiesen wurden, fanden sich dieselben bald nur in einer einzigen Schicht, unmittelbar an der Oberfläche der afficirten Substanz, bald auch in den darüber gelagerten Weichtheilen, namentlich in dem erkrankten Periost; endlich waren sie auch im Inneren der Knochen unter der rauh gewordenen Oberfläche vorhanden. Durch Experimente wurde über die Bedingungen, welche zur Entwicklung der Riesenzellen gegeben sein müssen, Folgendes eruirt. Druck, auf normalen Knochen längere Zeit einwirkend, veranlasst, wenn er über eine bestimmte Höhe nicht hinausgeht, Atrophie des Knochens und Riesenzellenbildung, sowohl an der Oberfläche, als unter dem Grunde der Grube im Knochen selbst. Riesenzellen entstehen auch da, wo künstlicher Druck nicht angebracht worden war und nur Steigerung der Ernährung mit gleichzeitiger Gefässentwickelung besteht.

Auch in den Fällen, wo Druck den Knochen atrophirte, bewirkt nicht der Druck als solcher, sondern die in der Nachbarschaft der gedrückten Stelle eintretende Gefässfluxion und Ernährungsveränderung die Riesenzellenbildung.

Riesenzellen fanden sich ferner, wenn Verf. in den Lymphsack des Frosches Stücke Fibrin, Muskel-, Knochen-, sogar Glasstücke einlegte, nach einem oder anderthalb Monaten. Die nach Einlegen von Fibrin von Menschen, die an nicht ansteckender Krankheit gestorben waren, entstandenen Riesenzellen, liessen sich in zwei Species eintheilen, wovon die einen beweglich und die anderen unbeweglich sind. Verf. hält es für zulässig, zu glauben, dass Riesenzellen nicht nur aus Osteoklasten, oder Zellen aus der Gefässwandung, sondern auch aus anderen Elementen, den Zellen der in den Knochen wachsenden Granulationen, Zellen verschiedener Neubildungen im Knochen, endlich aus Zellen der Lymphsäcke (Frosch) sich bilden können. Je nachdem die Riesenzellen beweglich, oder unbeweglich sind, nennt sie der Verf. Riesenwanderzellen und fixe Riesenzellen. Solche, die Fett enthalten, sind unbeweglich. Ob die wandernde Riesenzelle ein jüngeres Entwickelungsstadium darstellt und später zur unbeweglichen wird, ist unentschieden. Riesenzellen, die ein Mal den unbeweglichen Zustand angenommen, sind weder durch Erwärmung, noch durch Zusatz von 4% phosphorsaurer Natronlösung beweglich zu machen. **Madelung** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 2. **Sonnabend, den 11. April.** **1874.**

Zur Erleichterung der Localanaesthesie

von

Dr. Girard,
Assistent der chirurgischen Klinik in Strassburg i/E.

In der kurzen Zeit, welche seit der Bekanntmachung der Esmarch'schen Methode zur unblutigen Ausführung der Operationen an Extremitäten verflossen ist, sind, wie vorauszusehen war, eine ganze Anzahl von Veröffentlichungen in medicinischen Blättern aller Länder über dieses Thema erschienen.

Ich möchte an dieser Stelle nur einen zwar bescheidenen, aber unseres Wissens noch nicht hervorgehobenen Vortheil dieses Verfahrens mittheilen, welcher für manche Fälle sehr gut zu verwerthen ist. —

Als die Aetherpulverisation zur Erzeugung der Localanaesthesie angegeben wurde, hegte man grosse Hoffnungen, welche sich bekanntlich nicht vollständig erfüllt haben. Besitzt man nicht einen sehr gut construirten Pulverisationsapparat, hat man nicht vollständig was-

ser- und alkoholfreien Aether zur Disposition, so tritt die Erfrierung der Theile entweder gar nicht, oder sehr spät und nach grossem Aetherverbrauch ein.

Wir haben nun in der elastischen Umschnürung nach Esmarch ein Mittel, diese Cur der Localanaesthesie wesentlich zu erleichtern, in allen Fällen, wo die kleine Operation an Fingern oder Zehen auszuführen ist, z. B. bei der so häufigen Incision von Panaritien, bei der Extraction eingewachsener Nägel u. s. f. Abgesehen von der geringen Gefühlsabstumpfung, welche direct sich zu zeigen pflegt, tritt, in Folge der Umschnürung der Wurzel des Fingers resp. der Zehe mit einer mittelstarken Drainröhre, vollständige Unterbrechung der Circulation ein und begünstigt wesentlich die Erfrierung der Theile.

Auf diese Weise ist die Anaesthesie mit grösserer Sicherheit und wenigstens mit geringerem Aetherverbrauch zu erreichen.

Eine zu diesem Zweck bestimmte Drainröhre kann man sich am Besten im Etui des Pulverisationsapparates halten.

Wir haben bereits eine Anzahl von Panaritien auf diese Weise stets mit gewünschter Schmerzlosigkeit incidirt. Wollte man auch für weniger peripherische Theile, wie für die Hand oder den Fuss, die Localanaesthesie nach diesem Verfahren erleichtern, so könnte man den elastischen Schlauch einfach um das Handgelenk, resp. um die Malleolen schnüren, da es dabei nicht auf eine so vollständige Unterdrückung des Blutstromes ankommt. —

B. v. Langenbeck. Ueber die Schussverletzungen des Hüftgelenks.

(Arch. für. Klin. Chirurgie. XVI. II. p. 263—340.)

Die Arbeit soll zeigen, dass Schussverletzungen des Hüftgelenks weit häufiger vorkommen, als man nach den Erfahrungen früherer Kriege meinen sollte. Allein selbst die schwereren Fälle können bei conservativer Behandlung heilen. So sind aus dem letzten Kriege eine nicht geringe Zahl von sicher constatirten Heilungen hervorgegangen, und würde ohne Zweifel diese Zahl grösser gewesen sein, wenn die conservative Behandlung, vom Augenblick der Verwundung an, in rationeller Weise eingeleitet und consequent fortgeführt worden wäre. Bei nicht wenigen Verwundungen allerdings erscheint eine frühzeitige Resection oder Exarticulation als Pflicht. Der Chirurg soll deshalb schon nach der ersten, womöglich unmittelbar nach der Verletzung vorzunehmenden Untersuchung activ eintreten und feststellen, welche Beschaffenheit die Gelenkwunde zeigt, welchen Verlauf sie muthmasslich nehmen wird und was geschehen muss, um diesen günstig zu gestalten. —

Bekanntlich lässt sich die Lage des Gelenkes durch ein Dreieck veranschaulichen, dessen Basis den Trochanter major schneidet und

dessen Schenkel auf Sp. ant. inf. in spitzem Winkel zusammenstossen: Schussöffnungen in diesem Raume müssen mit der äussersten Sorgfalt untersucht werden. Am directesten, unter Zertrümmerung des Kopfes in viele Fragmente, pflegt das Gelenk eröffnet zu werden, wenn die Kugel senkrecht, dicht unter Sp. ant. inf., einschlägt. Schlägt sie unter offenem Winkel ein, so ist das möglicherweise verletzte Gebiet meist grösser und kann fast die ganze vordere Region des Oberschenkels betreffen. — Bei der Richtung vom Tuberculum pubis nach der Gegend hinter dem Trochanter, ist in der Regel der Pfannenrand mitbetroffen; während Schussöffnungen vor oder hinter dem Troch. maj. Fracturen des Halses mit Eröffnung der Gelenkkapsel, seltener Lochschüsse des Halses bedingen können. Schussverletzungen des Troch. maj. selbst sind stets mit der grössten Sorgfalt zu behandeln, da einerseits bis in das Gelenk reichende Fissuren, andererseits Canäle gesetzt werden, die durch den Hals und Kopf bis in's Gelenk führen. Ebenso zugänglich ist das Gelenk von der Regio glutaea aus. Diagnostisch schwierig und nur unter sorgfältiger Berücksichtigung des Einfallswinkels einigermassen zu erreichen, sind die Fälle, in denen das Gelenk von der Bauch- oder Beckenhöhle eröffnet wird, ohne dass die Kugel austritt.

Eine complicirende Harnblasenverletzung ist zu vermuthen, wenn die Flugbahn die Sp. ant. inf. der einen Seite mit der Incisura ischiadica der anderen Seite verbindet; ferner, wenn sie in der Richtung von dem Tuberculum pubis zur Incisur oder dem Tuber ossis ischii derselben Seite liegt. Verläuft der Canal vom Rande des os sacrum zum Tub. ossis pub. der linken Seite, so kann neben dem Gelenk Blase und Mastdarm getroffen sein; während Gelenk und Rectum eröffnet sein kann, wenn das Geschoss links aussen von Art. femoral. einschlägt und durch das Os sacrum austritt. Erwähnenswerth ist noch die isolirte Verletzung der Gelenkpfanne, das Steckenbleiben des Geschosses im Gelenkraume, ohne dass erhebliche Symptome dieses anzeigen, und die isolirte Verletzung der vorderen Kapselwand.

Bezüglich der Diagnose wäre zu bemerken, dass Fracturen mit vollständiger Abtrennung des Kopfes oder des Halses natürlich das Bild der Fract. colli femoris geben werden; unvollständige Brüche dieser Art markiren sich durch sehr intensive Gelenkschmerzen und durch Stellung der Extremität in Rotation nach aussen und Beugung bei Gehversuchen, wobei auch Kniegelenkschmerz sich zu zeigen pflegt. Bei einfachen Kapselverletzungen können zunächst alle Erscheinungen fehlen und erst später diejenigen der Coxitis auftreten.

Der Ausfluss von Synovia fehlt häufiger, als er beobachtet wird, so namentlich bei ferner liegenden Schussöffnungen.

Ein sehr entscheidendes Zeichen ist dagegen die Anschwellung der Gelenkkapsel, welche vor Allem in der Schenkelbeuge, als eine die grossen Gefässe emporhebende Geschwulst, am deutlichsten hervortritt. Unmittelbar nach der Verletzung und in der Eiterungspe-

riode ist sie immer zu constatiren, auch noch längere Zeit nach vollendeter Heilung kann sie markirt sein. Bei vorhandener diffuser Schwellung und Infiltration lässt sie sich schwierig nachweisen.

Während der Entzündungs- und der Eiterungsperiode finden wir wieder die analogen Erscheinungen, wie bei der Friedenscoxitis, nur in meist grösserer Intensität; im Besondern pflegt der Schmerz sich nicht als Knieschmerz zu äussern, sondern die ganze Extremität einzunehmen und öfters den Charakter sehr intensiver Ischias zu zeigen. Andererseits kann er aber, auch selbst bei schweren Knochenverletzungen, ganz fehlen oder erst spät auftreten.

Die reactive Coxitis, die in gewissen Fällen gewiss auch vermieden werden könnte, pflegt gewöhnlich zwischen dem 7—15. Tage je nach der Schwere der Verletzung sich zu zeigen. Doch sind auch die später auftretenden Secundärentzündungen sehr zu achten, welche Splitterbrüchen dicht unterhalb des Trochanters, Brüchen an der Grenze des mittleren und oberen Schenkeldrittels, der eitrigen Periostitis und Osteomyelitis, der Entzündung der periarticulären Weichtheile und Schleimbeutel nachfolgen können. —

Der regelmässige Ausgang der heilenden Hüftschüsse ist der in Ankylose, während bei einfachen Kapselschüssen recht wohl Erhaltung der Beweglichkeit erreicht werden kann. In allen solchen Fällen muss eine richtige Stellung und relativ geringe Verkürzung erstrebt werden. Heilung in Flexion und Rotation nach aussen, oder gar mit Luxation auf das For. obturatorium (die Luxat. iliaca ist wohl seltener) sollte nur bei sich selbst überlassenen Verletzungen vorkommen. Die Hüftgelenksverletzungen sind unter allen Gelenkwunden die gefährlichsten, doch nicht absolut hoffnungslos, wie die Statistik des letzten Krieges zeigt:

Schussverletzungen des Hüftgelenks	Total	Geheilt	Gestorben	Zweifelhafter Ausgang	Procentsatz der Gestorbenen
Conservative Behandlung.	88	25	63	—	71,59
Mit Resection resp. Extraction des Kopfes behandelt.	31	4	26	1	83,87
Summa	119	29	89	1	74,78

Conservativ zu behandeln wären:

1. Natürlich diejenigen Fälle, bei denen es unmöglich ist, die objective Diagnose sofort nach der Verwundung festzustellen, namentlich auch alle Kapselverwundungen, selbst wenn dabei Rinnenschüsse des Kopfs, oder Absprengungen von Stücken der Pfanne anzunehmen wären (von 10 solcher Verletzungen heilten 9).

2. Alle leichteren Knochenverletzungen, auch wenn Harnblase oder Mastdarm mit verletzt ist (75 Fälle mit 18 Heilungen).

Zu reseciren wären:

1. Die intra- und extracapsulären Fracturen mit Aufhebung der Continuität des Knochens. Necrose des Gelenkkopfs, und somit Vereiterung des Gelenkes, scheint wenigstens bei intracapsulären Brüchen die Regel. 4 glücklich verlaufene Fälle, bei denen zweimal der Kopf extrahirt wurde, stehen 12 tödlich endenden gegenüber (Verf. hat hierbei 2 vom Ref. im Arch. für klin. Chirurgie Bd. XIII, p. 509 beschriebene, ebenfalls geheilte Fälle nicht erwähnt).

2. Die Splitterungen des Schenkelkopfes und Halses und 3. die Fracturen der Pfanne.

Die sehr ausgedehnten Zertrümmerungen des Schaftes, bis über den Trochanter hinaus, dürften die primäre Exarticulation, oder falls diese versäumt ist, die Resection erfordern, welcher erst später, bei besserem Zustande des Kranken, die Exarticulation zu folgen hat.

Ueber die Principien, nach denen die conservirende Behandlung zu leiten ist, über Operatives und Statistisches bei der Hüftgelenkresection, über das Material endlich, welches dieser überaus wichtigen Mittheilung zu Grunde liegt und in 3 grossen statistischen Tafeln zusammengestellt ist, muss auf das Original verwiesen werden. —

Wilh. Koch (Berlin).

Dr. Pamard. Polype naso-pharyngien.

(Gazette des hôpitaux 1874, No. 10).

M. de Saint-Germain. Polype muqueux occupant la partie moyenne du pharynx et les fosses nasales.

(Gazette des hôpitaux 1874, No. 9).

P. theilt einen Fall eines grossen, fibrösen Nasenrachenpolypen bei einem 15jährigen Knaben mit, dessen Abtragung vermittelst des Maisonneuve'schen Constricteurs im Verlauf von 3 Jahren 10 Mal vergebens versucht worden war. P. entfernte schliesslich den Tumor, der allmählig heftige Erstickungsanfälle veranlasste, in der Weise, dass er sich vorher durch die subperiosteale Resection des Oberkiefers einen Weg zur Geschwulst bahnte. Das Endresultat der Operation war in jeder Beziehung befriedigend, nach 9 Wochen war die Operationswunde vollständig vernarbt und die Knochenneubildung machte überall sehr gute Fortschritte. —

St-G. beobachtete einen grossen Schleimpolyp des Nasenrachenraumes bei einem 11jährigen Mädchen, welchen er durch Torsion vermittelst einer, besonders dazu construirten, breiten, rinnenartig ausgehöhlten und auf der einen Seite gezähnten Pincette vollständig entfernte, nachdem er vorher die Mittellinie des Gaumensegels vertical gespalten hatte. Der Effect der Operation war in jeder Beziehung befriedigend.

H. Tillmanns (Leipzig).

Spencer Wells. Zur Torsion in chirurgischen Operationen.

(British med. Journ. 1874. No. 680, p. 47.)

Sp. W. hat eine Arterien-Zange eingeführt, deren kurze, starke Branchen, mit tiefen, quer gestellten Zähnen, deren Handgriffe mit dem Mathieu'schen Schlosse versehen sind (Zeichnung im Originale). Meist soll das Zusammendrücken der Arterie mit der Zange genügen, nur bei stärkeren Gefässen sollen Rotationen hinzutreten, um nach kurzem Liegenlassen die Blutung gestillt zu sehen. Bei der Ovariotomie torquirt Sp. W. wohl die Gefässe im Stiel, vertraut aber der Torsion für den Stiel selbst nicht, wendet hier die Klammer an, wenn der Stiel nicht zu kurz ist, sonst die Ligatur, das Cauterium oder Ecrasement; distinkt blutende Gefässe im getrennten Netze werden torquirt, kleine Flächenblutungen dagegen mit Ligatur behandelt.

Mc. Cormac (St. Thomas Hospital) schreibt, er benutze fast ausschliesslich die Torsion; sie sei leicht bei grossen Gefässen, schwieriger bei kleineren, weil diese durch anliegendes Gewebe gehalten, sich weniger gut isoliren lassen. Dieselbe Schwierigkeit biete entzündetes Gewebe. Er habe Gefässe aller Grössen mit Erfolg torquirt, selbst die Femoralis nach Exarticulation im Hüftgelenk. Im Kriege 1870 habe er nach der Torsion, obwohl sie bei einer grossen Zahl von Amputirten angewandt wurde, nur ein Mal Nachblutung, in einem Falle von acuter Pyämie, gesehen; er torquire, bis er das Zerreissen der Intima fühle. Kranke Arterien sind nicht zu torquiren. —

Pils (Stettin).

Sir Henry Thompson. Remarks on the Method of Removing Growths etc. by the elastic Ligature.

(The Lancet. 1874, Jan. 3, p. 3.)

Th. theilt mit, dass er bei einer Frau die rechte Brust vermittelst der elastischen Ligatur fortnahm und dass der Erfolg ein sehr guter gewesen. Uebrigens trat 2 oder 3 Tage nach der Anwendung der Ligatur ein Erysipel auf, welches sehr lange dauerte und über den rechten Arm, Schulter und Rücken ging. Ein zweiter Uebelstand bei dieser ersten Anwendung bestand darin, dass Th. die Ligatur im Anfang nicht fest genug gezogen hatte und dadurch genöthigt war, später dieselbe nachzuschürzen.

Die ganze Brust war 10 oder 12 Tage darnach entfernt, die restirende Wunde sah sehr gut aus und heilte sehr schnell.

Uebrigens hält Th. es für besser, wie auch Dittel jetzt thut, die Brust in 2 Theilen zu operiren.

Um den Geruch des gangränösen Tumor zu beseitigen, liess Th. eine beständige Ueberspülung der Brust mit verdünnter Carbolsäure stattfinden. —

Leisrink (Hamburg).

Berkeley Hill. (University College Hospital). A Case of supposed incarcerated Hernia. Operation. Death.

(The Lancet 1874, No. 4, p. 128).

Ein 70jähriger Mann hatte ungefähr 16 Jahre einen Bruch an der rechten Seite, welcher ihm jedoch wenig Beschwerde machte, indem er bei horizontaler Lage von selbst zurückzugehen pflegte. Am 17. October geschah dies jedoch nicht und am nächsten Morgen hatte er heftigen Schmerz im Bauche, welcher zugleich sehr hart geworden war. Von da an wechselte die Grösse der Geschwulst sehr, verschwand jedoch nie ganz. Appetit gut, Oeffnung ebenfalls bis zum 5. Nov. Bei der Aufnahme sah der Kranke bleich aus, die Zunge trocken und braun. In der rechten Inguinalgegend eine Geschwulst, welche in's Scrotum reichte, halb so dick, wie eine Mannesfaust. Bedeckende Haut normal gefärbt, kein Gegenschlag beim Husten fühlbar, wohl aber Fluctuation. Mässige Taxisversuche blieben ohne Erfolg. Leib nicht gespannt.

Anwendung von Eis durch 6 Stunden linderte den Schmerz, aber hatte keinen Einfluss auf die Grösse der Geschwulst. Kein Erbrechen, kein Stuhl. —

In der Chloroformnarose wurde die Taxis versucht, aber ohne Erfolg. Mittelst des Aspirators wurde dann die Geschwulst punctirt und $1^1/_2$ Unze eines grünen Eiters entleert, ohne dadurch die Geschwulst sehr zu verkleinern. Nun wurde wie beim Bruchschnitt incidirt, mehrere Lagen Bindegewebe durchtrennt, bis zum äusseren Leistenringe, ohne dass eine Einschnürung sich fand. Schliesslich gelangte man in eine Höhle, aus der circa 3 Unzen stinkenden Eiters sich entleerte. Weiter war in dieser Höhle eine Menge fettigen Gewebes. Um das obere Ende der Geschwulst legte H. eine Ligatur und schnitt davor ab. Hierauf fand man noch eine Darmschlinge, durchaus frei und beweglich. Die Untersuchung des abgeschnittenen Endes veranlasste die Meinung, dass man einen alten Bruchsack entfernt hatte, welcher ein extraperitoneales Lipom an seinem Grunde hatte. Der Kranke starb bald unter der Erscheinung der Peritonitis. —

Die Section ergab ausser dem Befunde der Peritonitis die Anwesenheit eines Abscesses ausserhalb des Peritoneum, welcher in's Becken reichte. — **Leisrink** (Hamburg).

Wyschelesski. Ein Fall von Querbruch des Oberkiefers.

(Milit.-Med. Journ. 1873. Bd. 118, S. 113. (russisch.)

Ein 32 Jahre alter Mann war auf der Strasse überfallen worden und hatte mit einem eckigen Steine einen Schlag gegen die linke Gesichtshälfte erhalten. Ueber der Augenbraue fand sich eine gerissene Wunde, deren Lappen auf grössere Ausdehnung abgehoben werden konnten; die Lider des linken Auges, sowie die linke Wange waren

stark geschwollen. Beim Druck auf's Wangenbein wurde deutliche Crepitation gefühlt. Weniger deutliches Crepitiren, aber desto heftigerer Schmerz, wurde durch die Berührung des Processus pterygoideus und des Processus nasalis hervorgerufen, ebenso liess sich eine geringe Beweglichkeit des Knochens constatiren, namentlich bei geschlossenen Kiefern. Das Kauen ist für den Kranken äusserst schmerzhaft, die Wange anästhetisch. Verf. stellt die Diagnose auf Querbruch des Oberkiefers und Zertrümmerung des Jochbeins und beruft sich in ersterer Beziehung auf Guérin, der Schmerz auf den Processus pterygoideus als pathognomonisch für die Fractura maxillae hingestellt hat. Da der Schlag gegen das Stirnbein geführt wurde, so glaubt Verf. eine Fractur durch Gegenschlag annehmen zu müssen. In 6 Wochen trat bei einer ziemlich indifferenten Kur fast vollständige Heilung ein. **Heppner** (St. Petersburg).

---

v. Nussbaum. Die Drainagirung der Bauchhöhle und die intraperitoneale Injection.

(Aerztl. Intelligenzblatt. 1874. No. 3. p. 21.)

N. spricht sich mit Entschiedenheit für die Ansicht von Sims aus, dass die Septikaemie als die weitaus häufigste Todesursache nach der Ovariotomie zu betrachten ist, während nur bei einem geringen Procentsatze der Operirten der lethale Ausgang in Folge von Shok, Peritonitis u. Haemorrhagie erfolgt. Denn bei den meisten Obductionen entleerte er in solchen Fällen mehrere Pfunde zersetzter Secrete. Von den früheren (d. h. ohne Drainage ausgeführten) Ovariotomieen des Verf. sind 28 Fälle zweifellos an Septikaemie zu Grunde gegangen. Auch nach fast allen penetrirenden Bauchwunden hält N. die Septikaemie, bedingt durch die Zersetzung der intraperitonealen Exsudate und Extravasate, für die häufigste Todesursache, da er namentlich während des letzten deutsch-französischen Krieges die Erfahrung machte, dass die Prognose bei den penetrirenden Bauchschusswunden meistens von der Möglichkeit, dem Wundsecrete Abfluss zu gewähren, abhängt. Er sah selbst sehr schwere unter solchen Verletzungen dann einen günstigen Ausgang nehmen, wenn man entweder durch die Lagerung, oder durch eine Gegenöffnung dem Wundsecrete freien Abfluss verschaffen konnte, so dass durch solche Thatsachen die frühere Lehre von der absoluten Nothwendigkeit eines unmittelbaren luftdichten Verschlusses der Bauchhöhle bei penetrirenden Bauchwunden umgestossen erscheint.

Das Mittel, um die Gefahr der Septikaemie nach der Ovariotomie zu beseitigen, findet N. in der Ausführung des von Sims ausgegangenen Vorschlages, bei jeder Ovariotomie an der tiefsten Stelle des Peritonealsackes zwischen Rectum und Uterus eine Drainage durchzuführen und das eine Ende derselben aus der Bauchwunde, das andere aus der Vagina herauszuleiten. Die Drainage wird aus-

serdem zu intraperitonealen Injectionen benutzt. N. hat dieses Verfahren bei seinen letzten 5 Fällen von Ovariotomie ausgeführt, und versichert, dass er nach seinen bisherigen Resultaten sich nicht mehr entschliessen könne, eine Ovariotomie ohne Drainage zu machen. Letztere soll unmittelbar bei der Operation gemacht werden, da einerseits durch diesen weiteren Eingriff die Gefahr der Operation nicht wesentlich vergrössert wird und andererseits nach Ablauf einiger Tage die Drainage sehr schwer auszuführen ist.

Verf. theilt die Krankheitsgeschichte eines nach diesem Verfahren von ihm operirten Falles von Ovariotomie mit. Dieselbe wurde bei einer 51jährigen Frau mit multilokulärer Ovarialcyste ausgeführt, welche durch zahlreiche Adhäsionen mit dem Netz, Darm, Uterus und der rechten hinteren Bauchwand verlöthet war; diese Verbindungen mussten mit dem Ferrum candens getrennt werden. Unmittelbar nach der vollendeten Entfernung der Geschwulst wurde von der Vagina aus ein langer Troikart durch die Excavatio recto-uterina, und zwar genau entsprechend ihrem tiefsten Puncte, durchgestossen und hierauf eine Drainageröhre hindurchgezogen, wovon ein Ende aus der Bauchwunde, das andere aus der Vagina herausgeleitet wurde. Unmittelbar nach der Operation machte man eine Durchspritzung durch das Drainagerohr mit einer sehr verdünnten Carbolsäurelösung (1:500), bis dieselbe wieder klar ablief. Innerhalb der ersten Stunden nach der Operation entleerte sich eine sehr grosse Menge gelbröthlich gefärbter Flüssigkeit durch die Drainage, nach 12 Stunden nahm die Menge derselben ab und war nach 2 Tagen nur noch sehr spärlich. Nach 5—6 Tagen betrug die Menge des Secretes, welches jetzt gutem Eiter ähnlich und nicht mehr übelriechend war, innerhalb 24 Stunden etwas mehr, wie eine Unze; und nach Ablauf von 12 Tagen sistirte der Ausfluss vollständig, worauf die Drainageröhre entfernt wurde. Die Kranke war nach 28 Tagen vollständig geheilt.

P. Bruns (Tübingen).

Dr. Kadazki. Die seitliche Ligatur der Vena jugularis comm. (dextr.).

(Milit.-Med. Journal. 1873. Bd. 118. S. 13. (russisch).

Bei der Exstirpation einer Struma fibrosa, die sich bei einem 40 Jahre alten Weibe rechterseits zwischen die Carotis und Jugularis comm. hineingedrängt und letztere in grösserer Ausdehnung umwachsen hatte, verletzte Verf. die Vene. Er legte eine seitliche Ligatur an. Ausserdem wurden an 8 Gefässen, unter denen sich ebenfalls die art. thyreoidea sup. und art. thyr. inf. dextr. befanden, Doppelligaturen angelegt und letztere kurz abgeschnitten. Die Wunde wurde mit Heftpflasterstreifen vereinigt. Die Ligaturschlingen stiessen sich vom 9. bis zum 22. Tage ab und die Kranke wurde nach 2 Monaten geheilt entlassen. Als sie sich nach 10 Monaten wieder vorstellte, konnte die definitive Heilung constatirt werden. —

Derselbe. Ist es nöthig nach der Urethrotomie einen Katheter einzuführen?

(Milit.-Med. Journal 1873. Bd. 118, S. 37. (russisch.)

Sechs Fälle von innerer Urethrotomie, in denen Verf. durch Umstände verhindert, oder versuchsweise das Einführen eines Katheters unmittelbar nach der Operation unterliess, brachten ihn zu der Ueberzeugung, dass es hinreicht, wenn man Katheter oder Bougies mehrere Tage nach der Operation in die Harnröhre einführt. Durch dieses Aufschieben der Katheterapplication wird der Harnröhre ein Reizmoment und dem Kranken viel Schmerz erspart, während die Befürchtung einer Verwachsung der getrennten Stricturen sich nicht bestätigt. **Heppner** (St. Petersburg).

Prof. Hegar (Freiburg). Ueber Einführung von Flüssigkeiten in Darm und Harnblase.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874, No. 6).

Nach Veröffentlichung eines ähnlichen Aufsatzes in der deutschen Klinik (vom v. J.) wiederholt Verf. das Thema, um Missverständnissen zu begegnen, die inzwischen in Bezug auf Prinzip und Technik vorgekommen. Verf. erinnert an die Mittheilungen von Schatz (»der intraabdominelle Druck bei Nichtschwangeren in der Ruhe« im Arch. für Gynäkologie, Band X, p. 191 ff.), an die zuerst von Prof. Braune ausgeführten Messungen des intraabdominellen Druckes mittelst Wasserfüllung des Darmes und Anwendung des Wassermanometers, ferner an seine eigene Arbeit (»Saugphänomene am Unterleib«, im Archiv für Gynäkologie, Band X, p. 531); und zählt sodann kurz diejenigen Facta auf, welche seiner Methode zu Grunde liegen. — Bei ruhender Bauchpresse ist der intraabdominelle Druck verschieden je nach der Stellung des Körpers. Bei aufrechter Stellung entspricht er einer Wassersäule von 30 Cm., in horizontaler Rückenlage einer solchen von 14 Cm., bei Rückenlage mit erhöhtem Becken sinkt sie auf 8 Cm. Kniet die Person mit senkrechten Oberschenkeln und stützt sich auf die Hände, so ist ein Druck von 4 Cm. vorhanden. Erhöht man bei dieser Stellung das Becken und senkt gleichzeitig die Brust, so fällt der Druck und wird selbst negativ, was ja nach Sims auch in der Seitenbauchlage eintritt. Obige Daten sind bei Einführung von Flüssigkeiten zu Heilzwecken in Darm und Blase zu benutzen und verdienen besonders Berücksichtigung, je nachdem man grössere oder geringere Mengen einführen will. — Von allen zu Injectionen zu verwendenden Apparaten (Spritzen, Clysopompen, Irrigateurs etc.) will H. nur den einfachsten gelten lassen, den »Trichterapparat«. Ein Gummischlauch trägt oben einen Trichter, in welchen die zu injicirende Flüssigkeit eingegossen wird, und unten ein dem Organ, in welches man ein-

führen will, entsprechendes Rohr (Katheter oder Mutterrohr). Je nachdem man den Trichter höher oder tiefer hält, kann man, da die Niveaudifferenz wirkt, stärker oder schwächer pressen, selbst heberartig saugen. — **v. Mosengeil** (Bonn).

J. H. Pooley. Fall von Exstirpation eines im Leistencanale zurückgebliebenen Hodens wegen schmerzhafter Vergrösserung.

(New-York med. Journ. 1874. No. 1. p. 50.)

Bei einem 60jährigen Manne machte Verf. die Exstirpation eines Testikels, welcher seit der Geburt im Inguinalcanale zurückgeblieben und nie in das Scrotum herabgestiegen war. Der Testikel, welcher früher nur von kindlicher Grösse gewesen war, hatte sich seit einiger Zeit vergrössert, war schmerzhaft geworden und ragte aus der äusseren Apertur des vorderen Leistenringes hervor. Die exstirpirte Geschwulst besass entsprechend der Einschnürung im äusseren Leistenringe eine tiefe Furche und »schien« in einer einfachen, entzündlichen Vergrösserung des Hodens zu bestehen. Am Grunde dieses soliden Tumors wurde der geschlossene Sack einer Hydrocele mitentfernt.

Derselbe. Fall von Colotomie wegen Carcinom des Rectum.

(New-York med. Journ. 1874. No. 1. p. 43.)

Verf. theilt nachstehenden Fall mit als Beitrag zu der von seinem Landsmanne Erskine Mason in der Octobernummer 1873 des American Journal of-the Medical Sciences veröffentlichten Statistik der Colotomie, in welcher 13 von amerikanischen Chirurgen operirte Fälle verzeichnet sind.

Es handelte sich in dem Falle von P. um eine carcinomatöse Strictur des Rectum bei einer 52jährigen Irländerin, bei welcher bereits seit 3 Wochen absolute Obstipation trotz energischer Anwendung von Catharticis und Injectionen bestand. Die Colotomie führte P. nach der Methode von Callisen aus, in der linken Lumbargegend, mittelst eines Querschnittes von 4 Zoll Länge, in der Mitte zwischen dem Darmbeinkamme und der letzten Rippe. Nach der Eröffnung des Colon wurden die Ränder desselben mit der Hautwunde vernäht. Es erfolgte aber 48 Stunden nach der Operation der Tod. Die Section wurde nicht gemacht.

P. Bruns (Tübingen).

Prof. Finger. Einige Worte über das Auspumpen der Darmgase bei hochgradigem Meteorismus.

(Wien. Allgem. medic. Zeitung 1874, No. 8.)

Verf. macht darauf aufmerksam, wie leicht denkbar es sei, dass durch den Act des Auspumpens die Darmwand in die Oeffnung des eingeführten Rohres aspirirt und hierdurch gefährliche Läsionen herbeigeführt werden könnten, weshalb in dieser Richtung Vorsicht zu beobachten sei. **Winiwarter** (Wien).

Bradley. Colotomie bei einem Kinde.

(British. med. Journ. 1874. No. 682, p. 110.)

B. (Manchester) berichtet über eine, am 2. Tage nach der Geburt, gemachte Colotomie bei einem jetzt 3 Monate altem Kinde. Da beide tubera ischii nahe aneinander lagen, jede Wölbung am Perinäum fehlte, so machte er ohne Probeschnitt in der Raphe sogleich die Colotomie links; eine Verletzung der linken Niere hatte keine Folgen. B. hält es für räthlicher den Schnitt etwas mehr, als gewöhnlich, nach vorn zu legen und die Probeincisionen am Damme wegen des unnöthigen Blutverlustes und ihrer häufigen Nutzlosigkeit (?) zu unterlassen. **Pils** (Stettin).

C. Hüter. Die parenchymatösen Injectionen von Carbolsäure als antiphlogistisches Mittel.

(Centralblatt für die medic. Wissenschaften 1874. Nro. 5.)

Verf. benutzt zu seinen parenchymatösen Carbolinjectionen eine 2 procentige, wässrige Carbolsäurelösung und eine gewöhnliche Pravaz'sche Spritze, welche 0,9 Grm. der Lösung enthält. Bei der subcutanen und parenchymatösen Anwendung der Carbolsäure findet im Wesentlichen nur eine lymphatische Resorption statt, die Carbolsäure wird an die Lymphe gleichsam gebunden, so dass jede Blutintoxication vermieden wird. Die Injectionen wurden, wo nöthig, in einem 1- bis 2 tägigen Zwischenraume wiederholt; über die gleichzeitige Application von 2 Spritzen ist Verf. nicht hinausgegangen. Das Verfahren ist schmerzlos, ruft weder locale Anschwellung, noch allgemeine Intoxicationserscheinungen hervor und war in fast allen Fällen, wo es angewandt wurde, von eclatant antiphlogistischer Wirkung: das Fieber liess nach, ebenso die Schmerzen und die localen Entzündungserscheinungen. Die Methode wurde mit Erfolg angewandt: 1) bei fungöser Kniegelenkentzündung (Injection in das Gelenklumen), 2) bei subacuten Drüsenanschwellungen, welche zur Eiterung tendiren, bei Bubonen der Inguinalgegend etc., 3) bei acuter Phlegmone des subcutanen und subfascialen Bindegewebes, 4) bei Erysipelas traumaticum. Nach den durchaus günstigen Erfolgen hält H. die parenchymatösen Carbolinjectionen für das mächtigste antiphlogistische Mittel, welches in Zukunft vielleicht auch bei Erkrankung innerer Organe, z. B. der Leber, Milz, der Lungen und Nieren anwendbar sein würde; auch bei der Behandlung gut- und bösartiger Tumoren dürfte das Verfahren Erfolg versprechen. Vor der parenchymatösen Carbolinjection in sehr gefässreiche Gewebe und Geschwülste wird mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Carbolintoxication ausdrücklich gewarnt.

H. Tillmanns (Leipzig).

Wilkomirski. Ueber Onychia maligna.

(Mosk. Med. Ztg. 1873. No. 37. (russisch.)

Nach dem Vorgange von Moerloose und Vanzetti wendet Verf. bei der Onychia maligna das Plumbum nitricum mit dem besten Erfolge an. Der ohnehin zum grössten Theile gelöste Nagel wird an seiner Wurzel mit einer Scheere weggeschnitten, das Nagelbett entblösst und das Plumbum nitricum in Substanz darauf gestreut. Ein Verband wird nicht applicirt. Der Schorf stösst sich nach etlichen Tagen ab und es tritt eine reine Wundfläche zu Tage, auf der sich ein neuer Nagel bildet. Verf. beschreibt 5 Krankheitsfälle, in denen das genannte Mittel eine specifische Wirkung äusserte.

Heppner (St. Petersburg).

A. Despres. De l'amputation dans la continuité du premier et cinquième **métatarsien.**

(Bulletin général de thérapeutique 1874, 30. Jan.)

Der Ovalärschnitt für die Amputation des ersten und fünften Mittelfussknochens wird häufig derart ausgeführt, dass die Spitze des Ovals seitlich liegt; in Folge dessen ist die Narbe dem Drucke und und Reiben des Schuhes zu sehr ausgesetzt und ulcerirt leicht. Darum soll man, wie Voillemier es zuerst gethan haben soll, die langgezogene Spitze des Ovals auch hier, wie bei den intermediären Mittelfussknochen, auf den Fussrücken verlegen.

Innerhalb weniger Zeit hat Verf. vier Mal diese Operation mit besagter Modification und stets mit dem besten Erfolge ausgeführt. (In Deutschland ist dieser Vorschlag längst gemacht und ausgeführt worden. Ref.).

Girard (Strassburg i/E.).

A. Hiller. Zur Pathogenese des Carbolharnes und Gährungserscheinungen desselben.

(Deutsche Klinik 1874. No. 4—5, p. 28 und 33).

Die unter dem Namen des »Carbolharnes« bekannte und bei der äusserlichen Anwendung von Carbolsäurepräparaten, namentlich auf Wundflächen, häufig beobachtete Veränderung des Harnes besteht bekanntlich darin, dass derselbe beim Erkalten und Stehen an der Luft eine oliven- bis schwarzgrüne Färbung annimmt und diese für

längere Zeit unverändert beibehält. Im Uebrigen, namentlich in Betreff der Menge, des specifischen Gewichtes u. s. f. zeigt der Carbolharn keine Verschiedenheiten vom normalen Harne, namentlich hat Verf. die Angabe, dass er Eiweiss enthalte, nie bestätigt gefunden. —

In Betreff der Pathogenese des »Carbolharnes« bei chirurgischer Anwendung von Carbolsäurepräparaten verwirft Verf. die Erklärung der Entstehung als Wirkung einer einfachen Resorption der Carbolsäure. Denn eine Resorption findet immer von der Wunde aus statt, wie die chemische Untersuchung des Harnes nachweist, ohne dass sich jene Veränderung zeigt; und weder bei der innern Darreichung, noch bei der hypodermatischen Injection von Carbolsäure, wird die oben präcisirte Beschaffenheit des Harns beobachtet. Auch die verbreitete Ansicht, dass der Carbolharn die Folge einer Aufnahme grosser, toxischer Mengen von Carbolsäure darstelle, wird dadurch widerlegt, dass einerseits selbst bei der Einführung relativ sehr grosser Dosen per os keine toxischen Erscheinungen beobachtet werden und andererseits bei dem Auftreten von Erscheinungen allgemeiner Intoxication kein »Carbolharn« beobachtet wird.

Dagegen ist Verf. durch die Beobachtung einer Reihe von Fällen von Carbolharn auf der Berliner Charité zu der Annahme geführt worden, dass das Auftreten von Carbolharn mit den Erscheinungen von Sepsis an der Wundoberfläche, welche mit Carbolsäurepräparaten behandelt wird, in Zusammenhang steht. Denn während Carbolharn bei der Anwendung von Phenylpräparaten auf gut eiternde Wundflächen fast nie auftritt, wird dieses Phänomen sehr häufig beobachtet bei ihrer Anwendung auf solche Flächen, welche in gangränösem Zerfall und Mortification begriffen sind, wie namentlich bei ausgedehnten Verbrennungen, Erfrierungen, Quetschungen u. s. f., und ebenso dann, wenn sich im Verlaufe der gewöhnlichen Wundbehandlung die Erscheinungen von Sepsis oder Fäulniss in der Wunde entwickeln. In solchen Fällen ist demnach die pathognostische Bedeutung des Carbolharnes die, dass er auf schlechte Wundbeschaffenheit und putride Absonderung hindeutet, zumal dieses Phänomen so lange Zeit besteht, als der septische Process in der Wunde fortdauert. Nach der Ansicht des Verf. kommt also Carbolharn durch Wundfäulniss zu Stande, jedoch lässt er dahingestellt, ob dabei ein specifischer Einfluss der Fäulnissorganismen auf die Säure, oder erhöhte Oxydationsvorgänge im Fäulnissherde eine Rolle spielen.

Charakteristisch für den Carbolharn ist folgende Farbenreaction, welche Verf. als ganz constant gefunden hat: bei Zusatz von einigen Tropfen Salpetersäure und Erhitzen hellt sich der grüne Urin auf und wird dann bei längerem Kochen dunkelroth, nach Zusatz von Kalilauge schwarzroth.

Schliesslich macht Verf. auf folgendes interessante Verhalten des

Carbolharnes bei länger dauernder Einwirkung der atmosphärischen Luft aufmerksam. Er fand nämlich, dass derselbe, selbst unter den günstigsten äusseren Bedingungen, noch nach mehreren Monaten keine Spur von fauligen Zersetzungen erleidet, sondern dass im Gegentheil die Intensität der sauren Reaction zunimmt. Besonders bemerkenswerth ist diese Immunität des Carbolharnes gegen Fäulniss, trotzdem in demselben die Bildung und Vermehrung von Fäulnissorganismen (Schizomyceten) in derselben reichlichen Menge, wie bei der fauligsten alkalischen Zersetzung, vor sich geht. Es ergibt sich hieraus die mit unserer bisherigen Erfahrung und Auffassung im Widerspruche stehende Thatsache, dass eines Theiles die Fäulnissorganismen sich in einer sauren Flüssigkeit entwickeln können, wobei sogar die Intensität der sauren Reaction zunimmt, und anderntheils eine fäulnissfähige Flüssigkeit trotz der Bildung und Vermehrung jener Organismen nicht fault. Die Erklärung, warum der Carbolharn nicht fault, bleibt dahingestellt. Dass hieran nicht die antiseptische Wirkung der im Harne enthaltenen Carbolsäure die Schuld trägt, hat Verf. durch den Versuch bewiesen, indem, bei künstlicher Mischung des Urines mit Carbolsäure, gleichwohl Fäulniss eintrat.

P. Bruns (Tübingen).

M. Raynaud. Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités.

(Archives générales de médecine 1874, No. I et II.)

Unter dem Namen Asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités hatte Verf. schon seit einigen Jahren bei verschiedenen Gelegenheiten (unter andern im Dictionnaire de méd. et chir. pratiques, beim Artikel Gangrän) einen bisher nicht genau bekannten Zustand der Extremitäten beschrieben, welcher mit merkwürdig constanten Erscheinungen auftritt und als eigenes Krankheitsbild aufzufassen ist.

Bei den leichten Fällen sind die Extremitäten der Glieder erkaltet, livid, cyanotisch und der Sitz mehr oder weniger schmerzhafter Empfindungen. In schweren Fällen steigt die Erkaltung sehr hoch, bis zur Mittelhand, resp. zum Mittelfuss; die Nase, die Ohren bekommen ein ähnliches Aussehen. Dieser Zustand stellt sich spontan, oder durch sehr geringe Veranlassungen, wie eine sonst unbedeutende Abkühlung der Lufttemperatur, anfallsweise ein; und wenn er längere Zeit dauert, so zeigt sich ohne weitere Ursache eine Mumification kleiner Stellen, welche übrigens nie weit, sehr selten über die Endphalangen reicht. Das Eigenthümlichste, wie Verf. es schon bei seinen früheren Aufsätzen hervorhob, ist, dass diese Mumification merkwürdig symmetrisch auftritt, dass, wenn z. B. die Spitze eines Fingers auf diese Weise gangraenös wird, der gleiche Finger der andern Hand die identische Veränderung erleidet.

Nachdem die Abwesenheit des atheromatösen Processes in den Arterien, des Ergotismus und gröberer Hindernisse in der Circulation nachgewiesen werden konnte, hatte Verf. diesen Zustand auf eine vasomotorische Neurose zurückgeführt, welche wegen des symmetrischen Auftretens wohl einen centralen Sitz haben müsse. Bis jetzt war Verf. noch einen absoluten Nachweis schuldig geblieben.

Er hat nun in der letzten Zeit wieder mehrere Fälle beobachtet, unter welchen einer während der Anfälle ein auffallendes Symptom nebenbei zeigte, nämlich eine bedeutende Verminderung der Sehschärfe. — Die Vermuthung Verfs., man habe hier mit einem ähnlichen Zustande, wie bei den Extremitäten, zu thun, wurde durch die ophthalmologische Untersuchung vollkommen bestätigt, indem sich eine bedeutende Verengerung der Arterien constatiren liess, welche in der Zeit zwischen den Anfällen gar nicht wahrgenommen werden konnte. —

Seit seinen letzten Veröffentlichungen hat Verf. ferner einige Fälle behandelt, wo die Galvanisation des Rückenmarks und der getroffenen Glieder rasch zu einer vollständigen Heilung führte. In anderen Fällen hingegen widerstand die Krankheit allen therapeutischen Versuchen. — **Girard** (Strassburg i/E.).

---

de Sinéty. Des effets consécutifs à l'ablation des mamelles chez les animaux.

(Comptes rendus. Tome 78, 1874. p. 443.)

S. exstirpirte einer Anzahl Meerschweinchen die Brustdrüsen, um eine etwaige Reproductionsfähigkeit derselben festzustellen. Er fand, dass je nach dem Alter der Versuchsthiere, das Ergebniss verschieden ausfällt. Bei sehr jungen (etwa 14 Tage alten) Thieren regenerirten sich die vollständig (?) exstirpirten Brüste ungefähr zu dem vierten Theile der normalen Dimensionen. In einem Falle bildete sich, freilich nur auf einer Seite, eine rudimentäre, wenig prominente Brustwarze, durch die auf Druck Milch entleert werden konnte, obwohl S. die ganze Drüse mit der Warze entfernt haben will. Bei älteren Thieren dagegen ist auch nicht die Spur neugebildeter Drüsensubstanz zu constatiren. Uebrigens hatte bei keinem der operirten Thiere der theilweise oder völlige Mangel der Brustdrüsen auf die Befruchtung, die Gravidität und den Wurf einen ersichtlichen Einfluss. In Betreff anderer physiologisch interessanter Thatsachen muss auf das Original verwiesen werden. —

J. Munk (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 3. Sonnabend, den 18. April. 1874.

Acut progrediente Gangrän der untern Extremität nach Trauma. Lebensrettung durch die amputat. alta.

von

Dr. Ferdinand Petersen,

Privatdocent in Kiel.

Ein arger Feind nicht allein unserer auf dem Schlachtfelde verwundeten Krieger, sondern auch der im Frieden Verletzten ist unstreitig der rasch fortschreitende Brand mit Emphysem-Entwicklung im Unterhautzellgewebe, das acut purulente Oedem Pirogoff's, die gangrène foudroyente nach Maisonneuve. Die Genesung ist in solchen Fällen ausserordentlich selten, ja man ist gewöhnt, die armen Verletzten für verloren zu halten, wenn man bei der Betastung der Haut zu seinem Schrecken das charakteristische Knistern unter den Fingern fühlt. Das einzige Mittel, welches man gegen diese schauderhafte Krankheit in das Feld zu führen hat, ist die Amputation, und zwar möglichst weit entfernt von den schon ergriffenen Partien.

Und doch giebt es viele Chirurgen, unter anderen Nélaton, die diese Operation für durchaus hoffnungslos ansehen. Auch Billroth spricht sich ähnlich aus. — In Gurlt's Handbuch der Knochenbrüche (Bd. I, pag. 544) finden wir eine Zusammenstellung von 16 Fällen, unter denen nur zweimal durch die Amputation das Leben gerettet wurde. Es ist dies allerdings ein nicht ganz unerheblicher Procentsatz, derselbe würde sich aber jedenfalls ganz anders gestalten, wenn alle nicht veröffentlichten Fälle hinzukämen. Unter diesen Umständen ist gewiss jeder neue Fall von Lebensrettung werthvoll. Man sieht, dass man nicht gleich verzagen und die Hände in den Schooss legen darf. — Diese Erwägungen haben mich veranlasst, nachstehende Krankengeschichte der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Ein 32j. gesunder Dienstknecht war am 2. Juli v. J. derart verletzt, dass eine Sense ungefähr 4 Finger breit über dem linken Fussgelenk zwischen Knochen und Achillessehne eingedrungen war und alle Weichtheile von innen nach aussen durchgerissen hatte. Starke Blutung durch Druck und kalte Umschläge gemindert. Der spät in der Nacht herbeigeholte Arzt konnte unter den obwaltenden Umständen auch nur einen Compressivverband anlegen. Am 3. wurde Pat. $1^1/_2$ Meilen weit in ein städtisches Krankenhaus transportirt. Da die Blutung vollkommen stand, blieb der Verband liegen, ausserdem wurde Eis angewendet. Am 6. Nachmitt. Unwohlsein, Erbrechen, starke Blutung durch den Verband. Compression der art. femoral., Abnahme des Verbandes, Reinigung der Wunde von vielem, coagulirtem Blute. Versuche, in loco zu unterbinden, misslangen. Wieder Compressiv-Verband, in den nächsten Tagen sickerte nur wenig Blut durch. Am 9. zeigten sich am untern Drittel des Unterschenkels Brandblasen. Grosse Hinfälligkeit des Patienten. Rasches Fortschreiten der Gangrän in den folgenden Tagen. Am 11. wurde ich consultirt und fand folgenden Status: ganze linke untere Extremität colossal geschwollen; grossbrandige Stellen am Fuss und Unterschenkel; starke Blutung aus der missfarbigen, jauchenden Wunde; emphysematöses Knistern unter der Haut bis zum Kniegelenk; starkes Oedem des ganzen Beines bis über die Inguinalfalte hinüber; hohes Fieber; hochgradige Anämie. Als Therapie konnte nur die möglichst hohe Amputation oder die Exarticulation in Betracht kommen. Da Pat. durchaus kein Blut zu verlieren hatte, zog ich erstere vor. Möglichst hohe Anlegung des Esmarch'schen Gummischlauchs, in diesem Falle natürlich ohne vorherige Einwickelung des Gliedes. Bildung zweier Hautlappen, Amputation (mittelst eines Scalpells, da kein Amputationsmesser vorhanden) so hoch wie der Schlauch es zuliess. Unterbindung einer grossen Menge Gefässe. Die starke parenchymatöse Blutung stand nach Anlegung des Verbandes. Pat. war unmittelbar nach der Operation sehr hinfällig, soll sich aber nachher während der ganzen Dauer der Heilung sehr wohl befunden haben. Die Wunde ist fast ganz per prim. int. geheilt. Am 25. Aug. hat Pat. geheilt das Hospital verlassen.

Zum Schluss sei mir noch erlaubt, auf einen Punct bei der Amputation mit Compression durch einen Gummischlauch nach Esmarch aufmerksam zu machen. Durch die Einschnürung mittelst des Gummischlauchs wird die Muskulatur nach der Durchschneidung verhindert, sich zurückzuziehen. Sägt man nun den Knochen au niveau des Weichtheilschnitts durch, dann springt der Knochenstumpf nach Lösung des Schlauchs stark vor und man ist genöthigt, denselben nochmals zu reseciren. Um deshalb die Operation nicht unnöthig in die Länge zu ziehen, muss man den Knochen gleich ein paar Finger breit höher oben durchsägen.

Davos-Plaz, im März 1874.

Dr. Nicaise. Du pansement de M. Adolphe Guérin.

(Gaz. médic. 1874. No. 3. Revue hebdomadaire).

Die Vortheile des Guérin'schen Verbandes bestehen nach den Resultaten neuer eingehender Studien von Dr. Hervey

1) in der Filtrirung der Luft, so dass dieselbe frei von den mannigfachen, in ihr suspendirten Fäulnisserregern zur Wunde kommt;

2) in dem elastischen Druck, womit die Wundlappen fixirt werden und gleichzeitig die Hyperämie gemässigt wird;

3) in der Herbeiführung einer gleichmässigen Temperatur, überhaupt in dem Schutz der Wunde gegen äussere Irritamente.

Die Anlegung des Verbandes ist nicht schwierig, erfordert aber immerhin Uebung und grosse Sorgfalt. Seine hauptsächlichte Anwendung findet er bei Amputations- und Quetschwunden, sowie bei complicirten Fracturen, über welche letztere Anwendungsweise noch ausreichende Erfahrungen fehlen.

Die Frage über die Erreichung einer prima intentio bei Anlegung des Watteverbandes ist noch nicht entschieden. Sie ist entweder gar nicht geglückt oder sie involvirt, z. B. bei den Amputationswunden, Gefahren, die ihre Erreichung gar nicht wünschenswerth erscheinen lassen. Bei den Amputationswunden nämlich werden die Granulationsflächen der Knochen in der Tiefe beständig eine Quelle der Eiterung bilden.

Anders verhält es sich bei den einfachen Wunden. Hier wird die gewünschte Heilung durch den Watteverband per primam ausserordentlich begünstigt. — In allen Fällen bleibt es ein grosser Vorzug des genannten Verbandes, dass er die definitive Vernarbung bedeutend beschleunigt.

Der Wundverlauf gestaltet sich unter dem Watteverband günstig. Bei reichlichen Granulationen bleibt die Eiterung geringer; der Eiter enthält wenig oder keine niederen Organismen. Der Stumpf ist nicht schmerzhaft.

Das Wundfieber tritt nach Hervey 24—36 Stunden nach der Operation ein, um 2 oder 3 Tage danach zu fallen, vorausgesetzt,

dass der Verband gut angelegt ist. Das Fieber ist übrigens ebenso, wie die beim Watteverband mehrmals beobachtete purulente Infection nach H.'s Ansicht nicht septischen Ursprungs, sondern leitet sich von andern Ursachen her (?). Die Knochen- und Venenverletzungen nämlich können ohne alle miasmatischen Einflüsse eine purulente Infection zur Folge haben, so dass also letztere ebenso wohl durch eine Reihe von aussen kommender schädlicher Agentien, als durch eine Osteomyelitis entstehen kann (?). — Mit Rücksicht hierauf nun ist zu sagen, dass der Guérin'sche Verband wohl den Zutritt der Fäulnisserreger, nicht aber die Entwicklung einer Osteomyelitis verhindert (! Ref.). **O. Volkmann** (Halle).

C. Emmert. Ueber moderne Methoden der Wundbehandlung.

(Arch. f. klin. Chir. Bd. XVI. 1874. Heft 1.)

Verf. bespricht von den neueren Methoden der Wundbehandlung hauptsächlich den Lister'schen Verband und die offene Wundbehandlung, besonders in Bezug auf den Schutz, welchen sie gegen Pyaemie und Septikaemie gewähren. Beide Erkrankungen unterscheidet E. auch pathogenetisch von einander, indem er eine stinkende Fäulniss mit Gegenwart von Schizomyceten und eine septische Zersetzung von eingeschlossenen, abgestorbenen Geweben annimmt; für die durch die Producte der ersteren hervorgerufene Erkrankung scheint E. den Namen der Septikaemie, für die durch die Producte der letzteren bewirkte den Namen der Pyaemie anwenden zu wollen. Bei der Lister'schen Wundbehandlung sieht Verf. nicht in der Anwendung der Carbolsäure, sondern in der sorgfältigen Operationsweise und Nachbehandlung, welche die Bildung und Gegenwart von Zersetzungsmaterial verhüten und beschränken, den Hauptschutz gegen die betreffenden Wunderkrankungen; die gleichen Schutzmittel vindicirt er auch der offenen Wundbehandlung. Die Fernhaltung oder Ertödtung der Fäulnisserreger, wie sie Lister anstrebt, hält E. für eine nicht zu lösende Aufgabe. Diese letztere Aufgabe würde am Besten ein trockner Wundverband erfüllen, die sog. Occlusionsverbände. E. ist nämlich der Ansicht, dass die Fäulnissbacterien nur in terrestrischen Flüssigkeiten vorkommen. Die Anwendung dieser Verbände ist aber nur eine beschränkte, da sie nur bei frischen, nicht zu grossen, wenig blutenden Wunden versucht werden dürfen.

(Es ist wohl kaum nöthig, darauf hinzuweisen, dass mit solchen theoretischen Reflexionen, die aus dem vorliegenden Material das ihnen gerade passend erscheinende herausnehmen, die hochwichtige Frage der Wundbehandlung in keiner Weise gefördert wird. Ref.)

Maas (Breslau).

M. Nepveu. Contre-indications à l'extirpation des tumeurs mélaniques tirées à l'examen microscopique du sang et des urines.

(Note communiquée à la Société d. Biologie, séance du 17 janvier 1874. Gaz. médic. 1874. No. 5.)

Zur Beurtheilung der Operationsfähigkeit melanotischer Tumoren ist ein Aufschluss über den Zustand der innern Organe selbstverständlich von grösster Wichtigkeit. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes und des Urins giebt nach N. für die bereits erfolgte Allgemeininfection des Körpers folgende wichtige Anhaltepuncte.

Die weissen Blutkörperchen sind vermehrt (15, 20, 30, sogar 40 für Ocul. 3 und Obj. 7 v. Hartnack) und enthalten feine schwarze Körnchen. Das Serum enthält ebenfalls entweder braunrothe Körnchen oder feinkörnige, den Hyalincylindern analoge Massen, welche Abgüsse von Capillaren zu sein scheinen. Die rothen Blutkörperchen zeigen, wenn in Massen zusammenliegend, eine mehr weniger bräunliche Färbung.

Der Urin erscheint etwas dunkel, bei Zusatz von Salpetersäure oder doppeltchromsauren Kali von einer schwärzlichen Farbe. Der Bodensatz zeigt unter dem Mikroskop cylindrische Körper oder unregelmässige Haufen von bräunlichen Körnchen, ähnlich den Cylindern bei Albuminurie. Nach der Verdunstung erscheinen feine graue Körnchenmassen, um Krystalle von verschiedener Form und einer schönen rothen Farbe gelagert.

N. theilt vier Fälle mit, wo beim Vorhandensein melanotischer Tumoren das Mikroskop den erwähnten Befund zeigte. Die Beobachtungen waren theils nach dem Tode gemacht, theils noch intra vitam und liessen in letzterem Fall mit Bestimmtheit auf eine bereits bestehende Generalisation schliessen.

Die Melanurie beweist übrigens, wie auch aus dem ersten der mitgetheilten Fälle hervorgeht, nur das Vorhandensein grosser Pigmentmassen in Blut und Urin, nicht das Dasein metastatischer Knoten in der Niere. **O. Volkmann** (Halle).

M. L. Malassez. Nouvelle méthode de numération des globules rouges et des globules blancs du sang.

(Archives de phys. norm. et path. Janv. 1874. No. 1.)

Nach einer dem Vierordt'schen Verfahren der Blutkörperchenzählung ähnlichen und vom Verf. ihrer Einfachheit und Sicherheit wegen gerühmten Methode (die Beobachtungsfehler sollen nicht mehr wie 2—3% betragen) hat derselbe einestheils den Reichthum des Blutes an rothen Blutkörperchen in den verschiedenen Gefässbezirken beim Menschen, sodann dieselben Verhältnisse bei Vögeln und Fischen bestimmt. Endlich wandte er seine Methode für einzelne Krankheitsformen an. Die hier erzielten Resultate sind kurz folgende. In der

chronischen Bleivergiftung der Handwerker ist die Zahl der rothen Zellen sehr vermindert. Die »Hypoglobulie« ist bei den ältesten, am längsten beschäftigten und dem Bleistaub besonders ausgesetzten Arbeitern am prägnantesten. Schwach ausgesprochen ist sie bei solchen Arbeitern mit Gelenkaffectionen, bedeutender bei solchen mit Bleilähmungen, wechselnd bei Bleikolik. Die Hypoglobulie wird wenig alterirt durch das Verschwinden der acuten Symptome der Bleivergiftung. Bei einem Arbeiter, der drei Monate lang von seiner Beschäftigung entfernt gehalten worden war, existirte sie immer noch. Purganzen steigern momentan die Zahl der rothen Zellen, wie Verf. meint, durch Concentration des Blutes. Noch prompter sollen Eisenpräparate wirken. — Während einer Epidemie von Erysipelas faciei im hôpital Necker im Jahre 1872 constatirte Verf. in Betreff der weissen Blutkörperchen im Blute der Erkrankten folgende Zustände: Bei »einfachen« Erysipelen war die reelle Menge der weissen Zellen (d. h. ihre Zahl pro Kubikmillim. Blut) nicht vergrössert, wohl aber ihre relative Menge, in Folge einer beträchtlichen Verminderung an rothen Blutkörperchen. — Wo neben Erysipel Eiterung bestand, war auch die Zahl der weissen Zellen direct in hohem Grade vermehrt und erwies sich abhängig von dem Auftreten und dem Aufhören der Suppuration. Dieselbe reelle Zunahme der weissen Blutkörperchen fand sich auch bei Erysipelkranken, die mit hypertrophischen Lymphdrüsen behaftet waren. Während der Reconvalescenz nahm die Zahl der weissen Zellen sichtlich ab. — Einmal will Verf. constatirt haben, dass an den von Erysipel befallenen Partien der Reichthum an weissen Zellen ein geringerer war, als an den intacten Stellen. Bei Eiterungen ergab sich, dass in Fällen von »heissen« Abscessen die Zahl der weissen Zellen zunimmt während der Eiterbildung; sie erreicht ihr Maximum, wenn der Abscess gebildet ist, und sinkt rasch, wenn der Eiter sich frei nach aussen entleert. Bei »kalten« Abscessen ist die Menge der weissen Zellen veränderlich, vielleicht abhängig, wie Verf. meint, von dem leichteren oder schwierigeren Abfluss des Eiters. Bei eitriger Pleuritis sollen die weissen Körperchen viel zahlreicher sein, wenn der Pleuraraum gefüllt ist, als wenn er entleert worden. Hindert man den neugebildeten Eiter in der eröffneten Pleurahöhle sich anzusammeln und spült man fleissig durch, so soll die Zahl der weissen Zellen nicht das Normalquantum übersteigen. Sehr zahlreich sind die weissen Körperchen in Fällen von Carbunkel. Bei Amputirten nimmt die Menge der weissen Zellen rasch zu, um stetig abzunehmen mit fortschreitender Heilung. Dagegen persistirt das abnorme Verhältniss, wenn sich Senkungsabscesse bilden; und steigt die Zahl der weissen Zellen am höchsten in Fällen von »purulenter Infection«. Auch bei frisch Entbundenen wächst die Menge der weissen Zellen rasch, um allmälig bei glücklichem Verlauf des Wochenbettes zur Norm zurückzukehren. Verf. schlägt vor, für die so constante bei Eiteransammlungen an irgend einer Stelle des Körpers auftretende Zunahme weisser Körperchen im Blute, den Namen E i t e r u n g s l e u k ä m i e

(leucémie de suppuration) einzuführen, ohne übrigens dem Namen als solchem eine grosse Wichtigkeit beizulegen. Schliesslich giebt Verf. an, dass die Zahl der von ihm untersuchten Fälle zwar noch gering sei, dass er aber seine Resultate für interessant genug halte, um durch ihre Veröffentlichung die Aufmerksamkeit und die Kritik anderer Forscher herauszufordern. **Lesser** (Berlin).

Dr. Martini (in Hamburg). Beobachtungen über Micrococcenembolien innerer Organe und die Veränderungen der Gefässwand durch dieselben.

(Arch. f. klin. Chir. Bd. XVI. 1874. Hft. 1.)

M. fand bei Puerperalfieber und Pyaemie Micrococcenembolieen in den Glomerulis der Niere und in den sich von ihnen fortsetzenden Harnkanälchen; in der Leber in den interlobulären Gefässen mit Atrophie der inselförmig eingeschlossenen Leberzellen und in den epithelführenden Gallengängen; in den Gefässen des Herzmuskels, besonders schön in der Spitze der Papillarmuskeln, im Centrum pyämischer Muskelabscesse. Ferner sah Verf. bei einer Frau, welche während einer Eclampsie an Uterusruptur gestorben war, im subserösen und submucösen Bindegewebe des Uterus zahlreiche, runde, mit Micrococcen gefüllte Canäle, wahrscheinlich Lymphgefässe. Bei eitriger Otitis mit Perforation des Trommelfells und beschränkter Sinusthrombose war die Entzündung und Eiterung im Perineurium bis zur Art. basilaris gelangt. Ihre Adventitia war von Micrococcen durchsetzt, in der Media ein interparietaler Abscess, auf der Intima lagen bereits dichte Micrococcenmassen, obgleich sie noch nicht zerstört war, Material zu neuen Embolien. Auch die bei Mund- und Rachendiphtherie so häufig vorkommenden, miliaren hämorrhagischen Heerde der Lunge sind durch solche Embolieen zu erklären, welche durch die arrodirten, von Micrococcusmassen durchsetzten Venen des Rachens in den Kreislauf gelangen. Schliesslich fand M. auch bei acuter Osteomyelitis die erkrankten Partien des Knochenmarks voll von Micrococcen, und diese in die benachbarten Venen fortkriechend, als Embolie die besprochenen Mycosen hervorrufend.

Maas (Breslau).

Dr. Aufrecht (in Magdeburg). Zur Therapie des Erysipelas vermittelst subcutaner Injectionen von Carbolsäure.

(Centralblatt für d. med. Wissenschaften 1874. No. 9. S. 129—130.)

Vier lethal verlaufene Fälle von Erysipelas der Extremitäten aus relativ ganz unbedeutender Veranlassung bewogen Verf. in zwei weiteren Fällen gegen dieses Uebel mit subcutaner Injection einer Lösung von Carbolsäure vorzugehen. Verf. machte zuerst Versuche an sich selbst und fand, dass 6 Dcgrm. einer 1procentigen Lösung gut ver-

tragen werden. In dem einen Falle — 56jährige Frau mit Erysipel des Vorderarms — wurden nun in 3 Tagen 5, beim zweiten — 82jähriger Mann mit Erysipel des Unterschenkels — wurden in 2 Tagen 4 Injectionen in das gesunde Unterhautbindegewebe dicht über den erkrankten Hautstellen gemacht. Wiederholt wurden die Injectionen, weil sich oberhalb der ersten Injectionsstelle doch noch Erysipelinseln bildeten. Wenn das Erysipel auch einige Tage nach den Injectionen fortbestand, so meint Verf. doch, dass die letzteren sichtlichen Einfluss auf die Abnahme der Schwellung und Röthung hätten. Besonders überraschend und eclatant sei aber der Einfluss auf das Herabgehen des Fiebers und der Pulsfrequenz und im Zusammenhange hiermit die Besserung des Allgemeinbefindens.

A. Bidder (Mannheim).

C. Weitz. Casuistik zur chirurgischen Eröffnung des Warzenfortsatzes.

(Inaugural-Dissertation. Halle 1874.)

Verf. leitet die Abhandlung mit einer kurzen Geschichte der Operation ein; findet dann die Gründe des häufig beobachteten unglücklichen Ausganges in zu spätem Operiren, wenn es bereits zu Pyaemie und Septikaemie oder zu tieferen Erkrankungen der Meningen, des Gehirns, der venösen Blutleiter gekommen; ferner in Operationsfehlern und endlich vor Allem in der grossen Ungunst der anatomischen Verhältnisse, die es unmöglich macht, in jedem Falle die septische Infection zu verhüten.

Es folgen nun die Krankengeschichten von fünf Operirten, die neben einer grösseren Zahl analoger, nicht publicirter Fälle in den Jahren 1872 und 1873 in der otiatrischen Poliklinik des Prof. Schwartze behandelt wurden.

Bei allen Patienten, von denen drei Kinder unter 10 Jahren sind, bestand einseitige Otorrhoe mit Knochenaffection complicirt. Zweimal mündeten Fistelöffnungen auf dem Processus mastoideus nach aussen.

Die Operation wurde nur in einem Falle mit dem Drillbohrer gemacht, in allen anderen wurden entweder die Knochenfisteln mit dem Hohlmeissel erweitert, oder die intacte äussere Wand des Warzenfortsatzes mit dem gleichen Instrumente weggenommen und dann der cariöse Binnenraum des Processus mastoideus mit dem scharfen Löffel ausgeräumt. Viermal war die auf den Eingriff folgende locale und allgemeine Reaction sehr gering, einmal trat Pyaemie ein, die mit grossen Chiningaben erfolgreich bekämpft wurde. Zwei Patienten sind vollständig geheilt entlassen, einer verliess 14 Tage nach der Operation heimlich die Klinik, ohne dass etwas über sein weiteres Schicksal eruirt werden konnte, zwei blieben noch in Behandlung. Die Heilungsdauer betrug im Durchschnitt ein Jahr.

Eysell (Halle).

Dr. Brochin. De l'érysipèle du pharynx.

(Gazette des hôpitaux 1874. No. 5 und 6.)

B. beobachtete einen Fall von recidivirendem Erysipel des Pharynx bei einem 47jährigen Manne, welches zuerst auf die rechte, das zweite Mal aber auf die linke Gesichtshälfte überging. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die Symptome, Diagnose, Prognose und Behandlung der Pharynxerysipele, deren unzweifelhaftes Vorkommen leider zu wenig erkannt werde. Das Erysipel des Rachens beginnt mit plötzlicher Anschwellung der Lymphdrüsen in der Gegend des Unterkieferwinkels verbunden mit Schüttelfrost, Mattigkeit und Erbrechen, zuweilen auch mit Coryza und Nasenbluten. Der Beginn und Verlauf des Fiebers sind wie beim gewöhnlichen Gesichtserysipel; diagnostisch am wichtigsten sind die plötzliche Anschwellung der Lymphdrüsen, Coryza und Nasenbluten; letztere beiden Symptome fehlen jedoch zuweilen. Die localen Symptome im Rachen lassen sich anfangs nicht diagnostisch verwerthen, erst 24—48 Stunden nach Beginn der Erkrankung zeigt sich brennender Schmerz im Pharynx, glänzende, purpurrothe Anschwellung der Rachentheile mit Ausnahme der Mandeln, die nur etwas geröthet sind. Auf den Gaumensegeln und dem Zäpfchen beobachtet man nicht selten Gruppen von unregelmässigen, meist kleinen, zuweilen aber auch grossen Bläschen mit serösem, oder serös-haemorrhagischem Inhalte, welche schneller verschwinden, als beim Erysipel der Haut. Die Speichelsecretion ist vermehrt oder vermindert, die Zunge oft geschwollen, das Schleimhautepithel zeigt hochgradige Desquamation in Form von dünnen, membranösen Auflagerungen. Nach 3 oder 4tägigem Bestand, zuweilen eher, erscheint das Erysipel auch im Gesicht; indem es durch den Mund, die Nase, den canal. lacrymalis oder das Ohr nach aussen tritt. Die Krankheit dauert 8—10 Tage und ist durch dieselbe rasche Defervescenz der Symptome (10—24 St.) ausgezeichnet, wie die gewöhnlichen Hauterysipele.

Das Erysipel des Pharynx kann mit scarlatinöser Angina, mit Angina catarrhalis und phlegmonosa, ferner mit Rachenherpes und, jedoch wohl nur selten, mit Diphtheritis verwechselt werden. Bei scarlatinöser Angina ist die Röthung und Schwellung mehr beschränkt auf Uvula und Gaumensegel, der Schmerz im Rachen und die Schlingbeschwerden sind nicht so heftig, oder fehlen, der bekannte Gang des Fiebers ist anders. Bei der Angina catarrhalis sind alle localen und allgemeinen Symptome viel milder. Die Angina phlegmonosa ist im Gegensatz zum Rachenerysipel durch starke Schwellung der Mandeln, durch den Ausgang der Affection in Abscess und durch die geringere Mitleidenschaft der submaxillaren Lymphdrüsen ausgezeichnet. Der Rachenherpes ist nur dann mit Erysipel zu verwechseln, wenn man den Beginn der Erkrankung nicht gesehen. Die Diphtheritis des Rachens endlich be-

ginnt meist allmälig und ihre Membranen sind fester und resistenter, als jene Bildungen, die durch massenhafte Abschilferung der Schleimhautepithelien beim Rachenerysipel entstehen. — Die Prognose des Erysipelas pharyngis ist meist gut, die Ausbreitungen desselben auf den Larynx und auf das Ohr sind am meisten zu fürchten; Larynxoedem, Otitis, Caries des Felsenbeins können die gefährlichen Folgen sein. Geht das Erysipel auf den Larynx über, so ist es wahrscheinlich, dass es bis in die feinsten Bronchien eindringen kann (Trousseau, Mussy, »pneumonie érysipélateuse«). —

Die beste Therapie des Pharynxerysipel besteht darin, sich jeder Behandlung zu enthalten (Lavement und eventuell noch 10—15 Gramm Ricinusöl). Auch bei Gesichtserysipelen soll man sich darauf beschränken, den Kranken im Bett zu halten, um ihn vor Erkältung vorsichtig zu schützen; auch im Fieber soll man den Patienten durch roborirende Nahrung und Wein kräftigen. Trousseau und Jaccoud behandelten so ihre Fälle von Erysipel und der erstere hat unter 57, der letztere unter 67 Fällen nur 1 Patienten verloren.

H. Tillmanns (Leipzig).

John Wortabet, M. D. Aleppo Button, Aleppo Evil, Mal d'Alep.

(Medical times and gazette 1874. Jan. 17.)

Die mit diesen Namen bezeichnete eigenthümliche Hautaffection, obwohl zuweilen auch in Syrien angetroffen, ist in ihrem Vorkommen wesentlich auf das alte Mesopotamien beschränkt und ist am häufigsten und nimmt die schwersten Formen an, in der unmittelbaren Nähe dieser Flüsse. Die Eingeborenen bringen die Krankheit mit dem Genuss des Flusswassers in Zusammenhang. —

Je nach der individuellen Disposition, vielleicht auch nach der Constitution, tritt die Krankheit an einer einzelnen Stelle oder multipel auf, ist von gutartigerem oder malignerem Charakter; scrophulöse Diathese scheint ihre volle Entwickelung am meisten zu begünstigen.

Der Sitz ist meistens das Gesicht. Es entsteht eine harte rothe Kugel, erbsengross, ohne Jucken oder Schmerz, die sich im Verlauf der nächsten Wochen mit einem harten dicken und der anliegenden Haut fest adhärirenden Schorf bedeckt. Zuweilen wächst die Geschwulst, besonders wenn sie gereizt wird, von $1/4''$ zu mehreren Zollen im Durchmesser. Sich selbst überlassen, bleibt sie nun mehrere Monate stationär und heilt dann allmälig. Entfernt man den Schorf gewaltsam, so sieht man darunter ein rothes deprimirtes Geschwür. Die Heilung erfolgt stets mit einer Narbe. — In den maligneren Fällen dauert das Uebel über die gewöhnliche Zeit hinaus, die Ulceration greift um sich, kann die Weichtheile der Nase zerstören, Ectropien des unteren Augenlides verursachen u. s. w. —

Unausbleiblich befällt die Affection jeden Bewohner oder Besucher der Orte, wo sie endemisch herrscht. Kein Eingeborener entgeht ihr, selten ein Fremder, selbst wenn sein Besuch nur Wochen oder selbst Tage gedauert hat. Dort geborene Kinder erkranken meist zur Zeit der ersten Dentition, fast nie nach erreichter Pupertät; der gewöhnlichste Sitz sind Mundwinkel und Wange. Bei erwachsenen Fremden wird meist das Handgelenk oder die Knöchel, oder der Rücken der Hand und des Fusses ergriffen. Bemerkenswerth und wohl constatirt ist die lange Incubation. Die Eruption kann jahrelang nach dem Besuch jener Orte erfolgen.

Die Krankheit beginnt meist im Herbst und dauert 8—12 Monate (year pimple der Eingeborenen). Sie ist nicht contagiös und ergreift dieselbe Person nur einmal; sie scheint nicht impfbar zu sein (W. machte einen erfolglosen Versuch an sich selbst). Zuweilen werden auch Hunde ergriffen, dann meist in der Nasengegend.

Die Eingeborenen wenden gar keine Therapie an. Verfasser fand Leberthran innerlich am wirksamsten und sah von der ebenfalls empfohlenen Jodbepinselung keinen Erfolg. Aetzmittel (Lapis, Essigsäure) haben nur vorübergehenden Nutzen. Zuweilen verliert die Affection während der Heilung ihren specifischen Charakter und wird zu einer Schuppenflechte. Halbrunde, erhabene, rothe Flecke gruppiren sich um die Narbe des ursprünglichen Geschwürs und die Krankheit wird der Psoriasis annulata sehr ähnlich. Dieser Zustand wird dann äusserst chronisch, breitet sich leicht in der Peripherie weiter aus, während die Mitte heilt, und verursacht durch die immerfort sich vergrössernde Narbe die traurigsten Entstellungen des Gesichts. — **Schede** (Halle).

Prof. Dr. G. Simon (in Heidelberg). Exstirpation einer Niere bei Steinkrankheit.

(Arch. f. klin. Chir. Bd. XVI. 1874. Hft. 1.)

S. hat, ermuthigt durch den guten Erfolg seiner Nierenexstirpation bei einer Harnleiter-Bauchfistel, trotz der entgegenstehenden Ansicht von Rayer und der Misserfolge von Durham und Gunn, welche selbst die Incision einer steinkranken Niere aufgaben, weil sie an dem blossgelegten Organe die Steine nicht fühlen konnten, bei einer 30jähr. Frau die linke Niere wegen Steinkrankheit exstirpirt.

Die Pat. litt seit 12 Jahren an ungemein heftigen Nierenkoliken. Die Schmerzen traten beim Anfalle nur auf der linken Seite auf, der Urin war während der Anfälle normal, nachher enthielt er Eiter, Epithelien, Blutcoagula, Grieskörnchen, bis Kirschkern grosse Steine; in der anfallsfreien Zeit hatte er einen trüben Bodensatz (Eiter, einzelne Blutkörperchen und Epithelien), reagirte sauer oder neutral und ging schnell in ammoniakalische Gährung über. Die linke Nierengegend war auf Druck schmerzhaft, eine Vergrösserung der Niere

trotz der schlanken Figur der Pat. nicht nachweisbar. Aus diesen Momenten schloss S.: dass die linke Niere steinkrank sei, nicht zu einem pyonephrotischem Sacke entartet und sich durch Exstirpation beseitigen lasse; dass dagegen die rechte Niere gesund sei. Am 28. August 1871 machte S. die Exstirpation der linken Niere durch den Lumbalschnitt. Nach Bloslegung der Niere waren Steine durch die Substanz hindurch nicht zu fühlen; in der nach Unterbindung des Stiels exstirpirten Niere fanden sich im Nierenbecken und den Kelchen 18—20 Steinchen von der Grösse einer Linse bis zu der eines Kirschkerns. Wegen einer Blutung aus dem Stumpfe wurde dieser noch einmal in 2 Portionen unterbunden. Die Heilung ging die ersten 21 Tage ausserordentlich günstig von statten; an diesem Tage trat nach einer Untersuchung der Wunde mit dem Finger erhöhte Temperatur und Frösteln ein. Nach zwei Tagen waren diese Erscheinungen verschwunden, als Pat. nach dem Genusse unreifer Früchte einen halbstündigen Schüttelfrost bekam, welchem diffuse Peritonitis und eine doppelseitige Pleuritis folgte. Am 31. Tage nach der Operation starb die Patientin. Die Urinmenge hatte am ersten Tage nach der Operation 590 Kbcm. betragen, schon am folgenden Tage 800 Kbcm. Die Section zeigte, dass der Tod durch eine septikaemische Infection erfolgt war. Die rechte Niere war 196 Grm. schwer, dabei 14,5 Cm. lang, 6,5 Cm. breit, 4 Cm. dick, dabei in allen ihren Theilen gesund: sie war fast noch einmal so gross, als eine normale Niere. — S. hat durch diesen Fall bewiesen, dass die Diagnose einer steinkranken Niere zu stellen, und ihre Exstirpation eine relativ leicht ausführbare sei, wie die des normalen Organs. Der Tod der Patientin erfolgte nicht durch den Eingriff an sich, sondern durch eine zufällige Complication.

Maas (Breslau).

Dr. J. Englisch. Ueber Cysten an der hinteren Blasenwand bei Männern.

(Aus den Sitzungsber. der K. K. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Sitzg. v. 19. Dec. 1873. W. med. Jahrb. 1874. H. 1.)

E. fand in einer Anzahl von Blasenpräparaten nicht selten in dem Raume zwischen den Vasis defer., weniger oft an den Samenbläschen Cysten von verschiedener Grösse. Dieselben sondern sich in 4 verschiedene Arten. Die erste entspricht genau der Mittellinie und liegt in dem muskul. bindegeweb. Blatte, welches die beiden Vasa deferent. verbindet. E. besitzt 2 Präparate von Erwachsenen; in dem einen ist die Cyste bohnengross; im zweiten hat sie die Grösse einer Kastanie. In beiden Fällen zieht von dem unteren spitzen Ende ein von der übrigen Bindegewebssubstanz gesonderter Strang nach abwärts gegen den obern Rand der Prostata, um sich dort zwischen den Ductus ejaculat. zu verlieren. Die zweite Art liegt mehr seitlich am Vas def. und hängt mit demselben durch einen starken

Bindegewebsstrang zusammen. Auch hiervon besitzt E. ein Präparat von Erwachsenen. Die dritte Form liegt theilweise noch in der Prostata und entspricht einem erweiterten Sinus pocularis, dessen Ausführungsgang verschlossen ist. Die vierte Art hängt immer nur mit den Samenbläschen zusammen und hat keine Verbindung mit dem Vas def. Allein nicht nur bei Erwachsenen kommen diese Cysten vor, sondern auch bei Kindern. E. besitzt ein Präparat der 1., eines der 2., zahlreiche der 3. Art, so dass erwiesen ist, dass die Cysten der 1., 2. und 3. Art schon im Neugeborenen vorhanden sind und sich weiter entwickeln. Bezüglich der Entstehung hält es E. für wahrscheinlich, dass die an der Mittellinie liegenden Cysten dem Reste der Müller'schen Gänge entsprechen, während die zweite Art aus den Ausbuchtungen des Vas def., welche sich abschnüren, hervorgehen, oder Reste der Blindsäcke des Wolf'schen Körpers sind. Die dritte Art wird sich nur dann entwickeln, wenn der Verschluss des Sinus pocularis, vom Collicul. seminalis beginnend, sich weit nach hinten erstreckt und so das blindsackförmige Ende allein ausgedehnt wird. Die vierte Art endlich fand E. nur in Verbindung mit den Ueberresten einer Entzündung der Samenbläschen, so dass der Verschluss einer Ausbuchtung auf die Entzündung zurückzuführen wäre.

H. Lossen (Heidelberg).

Hôpital de la pitié (Clinique de M. le Prof. Verneuil).

(Journal de méd. et de chirurgie Cahier 1, p. 15.)

V. stellt einen Fall von Entzündung der Samenblasen vor und berichtet über einen zweiten.

1. Ein 34jähriger Mann, der vor 6 Jahren eine Gonorrhoe gehabt hatte, urinirte vor 4 Jahren so schwer, dass ihm von einem Arzte der innere Stricturenschnitt gemacht wurde. Seit der Zeit war P. frei, nur trat vor $^1/_2$ Jahre wieder ein Blasencatarrh ein, der auf Injectionen rasch wich.

Die Symptome sind jetzt folgende: Schwierigkeiten beim Uriniren, beständige Schmerzen im Unterleibe, zuweilen Samenabgang beim Stuhl, immer aber Samenfäden im leicht getrübten Urin. Eine Bougie wird in der Pars membranacea bald festgehalten, bald geht sie frei durch. Blase und Niere sind gesund, ebenso die Prostata. Dagegen ist bei der Untersuchung per rectum die Gegend der Samenblasen ausserordentlich empfindlich, mehr links wie rechts. Ebenso zeigt sich beiderseits in der Gegend des Blasengrundes Schmerz bei tiefem Druck durch die Bauchdecken. Die Perinealmuskeln sind contrahirt, besonders der Sphincter.

Die Diagnose war hiernach klar, wie auch die Gewissheit vorhanden war, dass Patient nie an einer Strictur, sondern nur an muskulärem Krampfe gelitten hatte.

2. Ein 30jähriger Mann war mit beständigen Beschwerden beim

Uriniren und mit andauernden Schmerzen geplagt. Alle 10 Minuten stellte sich Harndrang ein. Eine Strictur war diagnosticirt und ohne Erfolg bougirt worden. V. fand auch hier ein Hinderniss in der Pars membran., das er für spasmodisch hielt, und welches er auch eines Tages mit dicker Bougie überwinden konnte. Bei der Untersuchung per rectum zeigten sich die Samenblasen ungemein schmerzhaft, vergrössert und hart. P. hatte im Urin Gerinnsel wie von Eiweiss.

Die Behandlung bestand in Balsamicis, besonders Terpenthin innerlich, in Morphiuminjectionen und prolongirten Sitzbädern. Besserung trat langsam ein.

Der erste Fall ist in derselben Weise noch in Behandlung.

Pagenstecher (Elberfeld).

M. L. Urdy. Note sur un cas remarquable d'anorchidie.

(Gazette des hôpitaux 1874. No. 8.)

Bei einem 50jährigen Manne beobachtete U. beiderseitigen angeborenen Hodenmangel, verbunden mit einem auffallend weiblichen Körperbau. Die Untersuchung der Geschlechtsorgane ergab einen normalen Penis mit Prostata; im rechten Hodensack war weder Hode noch Samenstrang zu fühlen, links befand sich im Scrotum ein bei Druck schmerzhafter, kleiner, harter Körper, welcher wahrscheinlich einen rudimentären Hoden darstellte. Eine Ejaculation von Sperma hat niemals beim Coitus stattgefunden. Im 17. Lebensjahre bemerkte Pat. eine beträchtliche Entwicklung seiner Genitalien, die Mammae wurden allmälig so gross, wie der Kopf eines neugebornen Kindes und zeigten eine bis zum 20. Lebensjahre ununterbrochen fortdauernde, so reichliche Milchsecretion, dass es meist leicht war, die Milch in einem Strahl auszudrücken. Nach dem 20. Lebensjahre trat die Lactation nur alle 2—3 Monate auf, dauerte etwa 10—15 Tage und war mit Kopfschmerzen, Koliken und zuweilen mit Diarrhoeen verbunden. Im 35. Lebensj. begannen die Brüste kleiner zu werden, so dass sie im 40. Jahre nur noch die Grösse einer dicken Orange besassen; zu dieser Zeit verschwand auch die Lactation und zwar unter besonders heftigen Kopfschmerzen und sonstigen nervösen Erscheinungen, welche sich erst zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre allmälig besserten, um dann einem vollkommenen Wohlbefinden Platz zu machen. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Silvestri. Ein Kaiserschnitt mit elastischer Naht des Uterus — Mutter und Kind gerettet.

(Gazzetta medica ital. — Provincie Venete Ann. XVII. No. 6.)

Teresa Donà, ein stark verkrüppeltes rachitisches Weib, das nicht einmal die Höhe eines Meters erreichte, wurde schwanger. Die

Schwangerschaft verlief normal. Beim Eintritt der Wehen erklärten die 4 anwesenden Aerzte, dass nur der Kaiserschnitt die Schwangere retten könnte. Silvestri verordnete zunächst eine Dosis Secale corn., damit zuerst die Eihäute platzen, sodann verordnete er zur Narkose 5 Gramm Chloralhydrat und kurz darauf wieder 5 Gramm. Der Bauchschnitt wurde in der linea alba gemacht und dem Nabel links ausgewichen, sodann der Uterus ebenfalls in der Medianlinie eingeschnitten. Ein einziges Gefäss musste hierbei unterbunden werden. Ein vollkommen wohlgebildetes Mädchen wurde an den Füssen zu Tage gefördert, der Uterus verkleinerte sich alsbald so sehr, dass der obere Wundwinkel des Uterus alsbald bis unter den untern Wundwinkel der Bauchdecken herabstieg. Es wurden nun 4 Nähte von mit Seide übersponnenem Caoutchouc durch die Dicke der Uteruswandungen angelegt. Der Verlauf war überaus günstig, fast durchaus fieberlos. Die elastischen Nähte waren kurz abgeschnitten und sind demnach eingeheilt. Da der Uterus in den ersten Tagen sein Volum beträchtlich mindert, würden gewöhnliche Nähte sehr bald lose geworden sein und hätten ihren Zweck nicht erfüllt. Die elastischen Nähte haben den Vortheil, dass sie sich dem wechselnden Volum des Uterus anpassen und immer die Wundlefzen exact aneinander halten. Darum schreibt Silvestri den elastischen Nähten fast ausschliesslich den überaus günstigen Erfolg zu und fordert die Collegen zur Nachahmung auf. **Menzel** (Triest).

Kaposi, Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute.

(Wien 1873. Braumüller's Verlag. Lieferung 1 u. 2.)

Das vorliegende Werk ist nach des Verf. Ausdrucke »eine Bearbeitung der syphilitischen Krankheitsformen der Haut nach der Methode des klinischen Unterrichtes und zum Bedarfe des practischen Selbststudiums«. Der Inhalt der bis jetzt vorliegenden 1. u. 2. Lieferung (die 3. Lieferung soll binnen kurzer Zeit nachfolgen) ist folgender. Die ersten Capitel enthalten die Geschichte der Syphilis im Alterthum und Mittelalter, die Theorien über den Zusammenhang zwischen Schanker und Syphilis; die Lehre Ricord's, die französische Dualitätslehre, die deutsche Dualitätslehre, endlich die Ansichten der Wiener Schule (Hebra, Sigmund, Zeissl u. s. w.). Der Standpunct des Verf. ist der von den meisten Klinikern der Gegenwart vertretene, der sich in dem Satze ausspricht: es giebt nur ein syphilitisches Virus, alle Formen der Erkrankung stammen aus einer Ansteckungsquelle.

Kaposi theilt die syphilitischen Erkrankungsformen in zwei Gruppen: idiopathische Affectionen (welche an Ort und Stelle durch unmittelbare Uebertragung des Contagiums entstanden sind und als solche kein Ergriffensein des Gesammtorganismus involviren) und symptomatische Affectionen (alle specifischen Krankheitsformen, welche

als solche für ein Symptom der stattgehabten Allgemeininfection des Organismus angesehen werden müssen). In die erste Gruppe gehört der Schanker und die Papel. Beide Krankheitsformen werden sowohl ihrer Symptomatologie, als ihrer Diagnose nach ausführlich abgehandelt; der pathologisch-anatomische und histologische Abschnitt enthält die Resultate fremder und eigener Beobachtung. Die Lymphgefäss- und Lymphdrüsenentzündung wird als unmittelbare Folge der idiopathischen Syphiliserscheinungen mit denselben besprochen.

Die zweite Lieferung beschäftigt sich mit den symptomatischen syphilitischen Affectionen der Haut und bespricht in erster Reihe die syphilitischen Exantheme. Die maculösen Syphilide und die ausgedehnte Reihe des lenticulären Syphilids (Papel, Psoriasis syphil., breites Condylom, Lichen syphil.). Auch hier zahlreiche anatomische Daten; Symptomatologie, Diagnose und Differentialdiagnose sind mit hinreichendem Eingehen in's Detail ausgeführt.

Beiden Lieferungen zusammen sind 47 chromolithographische, von C. Heitzmann ausgeführte Tafeln (gr. Fol.) beigegeben.

Winiwarter (Wien).

C. W. F. Uhde (in Braunschweig). Zur Casuistik subcutaner Rupturen der Muskeln und Sehnen.

(Arch. f. klin. Chir. Bd. XVI. 1874. Hft. 1.)

U. theilt 4 Fälle von subcutaner Zerreissung von Muskeln und 1 subcutane Sehnenzerreissung mit; sein Patient hatte an Rheumatismus, Typhus, Trichinosis u. dgl. gelitten.

Fall 1. Subcutane Ruptur der Mm. vastus ext. und rectus femoris sin. bei einem 27jährigen Manne durch Auffallen eines schweren, kantigen Eisenstücks; Abstand der Muskelenden 3 Cmtr.; später gute Gebrauchsfähigkeit des Gliedes.

Fall 2. Subcutane Ruptur des M. biceps des rechten Armes bei einem 43jährigen Manne beim Bajonetiren in der Höhe des unteren Deltoidesendes; behinderte Gebrauchsfähigkeit und Schmerzen, 3—4 Finger breite Narbe.

Fall 3. Subcutane Ruptur des M. adductor longus femoris sin. bei einem 21jährigen Manne durch Sturz mit dem Pferde.

Fall 4. Subcut. Ruptur des M. rectus fem. sin. bei einem 41j. Manne, durch einen Fall, bei dem das linke Bein unter das rechte gerieth; keine Schwäche zurückgeblieben.

Fall 5. Subcut. Ruptur des Lig. patellae inf. dextr. bei einem 25jähr. Gymnasiasten durch einen Luftsprung rücklings; nach 4 Wochen konnte Pat. mit einem Stocke umhergehen; der Bandapparat des Knies erschien ziemlich normal.

Maas (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

N

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 25. April.** **1874.**

Studien und Experimente über den Mechanismus der Brucheinklemmung.

Auszug aus einem Vortrage, gehalten in der 2. Sitzung des III. deutschen Chirurgencongresses zu Berlin,

von

Dr. Hermann Lossen,
Docent in Heidelberg.

Wenn wir von den Fällen der Brucheinklemmung absehen, in welchen ein vorgefallenes Eingeweide durch entzündliche Schwellung an Volumen zunimmt und nun nicht mehr durch die gleiche Bruchpforte zurückgebracht werden kann, durch welche es vorfiel, so stehen sich bezüglich des Einklemmungsmechanismus heutzutage hauptsächlich zwei Theorien gegenüber: die Roser'sche Klappentheorie und die Scarpa-Busch'sche Theorie der Abknickung des Darmrohres. Um zu entscheiden, ob beiden Theorien eine Berechtigung beiwohne,

und, wenn das der Fall, welche Art der Einklemmung die häufigere sei, wiederholte ich die Versuche von Busch an frischen Schweinedärmen, verwandte aber statt des Wassers eine in der Kälte erstarrende Masse, nämlich dünnflüssiges Wachs. Die Bruchpforte wurde durch Löcher von dem Querschnitt eines Fingers repräsentirt, welche in dünnes Cigarrenholz eingebohrt waren. Die erkalteten eingeklemmten Schlingen wurden nach Abnahme des Bruchringes in anders gefärbtes Wachs eingebettet und nun Längsschnitte angefertigt, welche in den grössten Durchmesser fielen. In derselben Weise wurde eine andere Anzahl von Darmschlingen durch Luftinjection künstlich eingeklemmt und dann getrocknet. Das Resultat dieser Versuche und Präparate ist kurz folgendes:

1. Das abführende Darmende wird in dem Momente, in welchem die Wachsmasse oder die Luft, im lebenden Darme die Kothsäule durch das zuführende Ende eintritt, in der Ebene der Bruchpforte zugepresst und bei wachsendem Drucke vollkommen verschlossen.

2. Ist dies geschehen, so giebt es keinen Druck, welchen Werth er auch haben möge, der das abführende Ende wieder öffnet.

3. Die Abknickung des Darmrohres, welche sich übrigens hauptsächlich auf die dem Mesenterium gegenüberliegende, an sich längere Darmwand bezieht, ist nicht die Ursache, sondern die Folge des Verschlusses.

4. Das zuführende Ende wird niemals verschlossen. Es widerspricht dies dem hydrostatischen Gesetze, nach welchem in einem geschlossenen Raume der Seitendruck an jeder Stelle gleichmässig und zwar senkrecht auf die Fläche wirkt. Hiernach muss der Druck, welcher in der eingeklemmten Schlinge herrscht, auch in der Ebene des Bruchringes und oberhalb derselben im zuführenden Darmrohre bestehen; eine Druckschwankung muss sich gleichmässig an allen Puncten zeigen.

An einer künstlich incarcerirten Darmschlinge, deren zuführendes Ende mit einem Manometer communicirt, ist dies äusserst einfach und klar zu demonstriren.

Es ist hiernach ausser allem Zweifel, dass im lebenden Darme auf dem in der eingeklemmten Schlinge befindlichen Darminhalte, die ganze oberhalb angestaute Kothsäule lastet. Der Seitendruck in der Schlinge wird daher abhängen von der Höhe resp. Länge dieser Kothsäule und den Reibungswiderständen, welche das Darmrohr dem Verschieben derselben nach oben entgegensetzt.

Was die Höhe der Kothsäule betrifft, so kann dieselbe nur bei längerem Bestehen der Einklemmung schwer in die Waagschale fallen. Indessen ist sicher, dass die Höhe stets zunimmt und höchstens durch ein heftiges Kothbrechen vorübergehend verringert wird. Weit wichtiger sind die Reibungswiderstände. Sie stehen von Anfang an im umgekehrten Verhältnisse zum Querschnitt der Bruchpforte, hängen weiter ab von der Viscosität des Darminhaltes, von der Anzahl der Knickungen, welche sich bei dem allmäligen Aufblähen des ober-

halb gelegenen Darmconvolutes bilden, ferner von der Schlussfähigkeit des Pylorus resp. der Coecalklappe. Sie wachsen mit der zunehmenden peristaltischen Bewegung und mit der Schwellung der Darmhäute, durch welche letztere das zuführende Ende schliesslich einen minimalen Querschnitt erreichen kann.

Wie hoch in Folge dieser Widerstände der Seitendruck an der Schlinge steigen kann, zeigt folgende Reflexion und der daran sich anschliessende Versuch.

Es ist klar, dass das Maximum des Seitendruckes dicht oberhalb der Bruchpforte in dem Momente erreicht sein muss, in welchem der Druck gleich der Summe aller Reibungswiderstände im ganzen oberen Darmrohre ist. Von diesem Momente an muss eine rückläufige Bewegung des Darminhaltes beginnen und zwar wird die Flüssigkeit in der Axe des Stromes zurückfliessen, während am Rande in Folge der Peristaltik ein stetes Vorwärtsschieben statt hat. In der eingeklemmten Schlinge selbst setzen sich die beiden Bewegungen in einander um, sie halten sich das Gleichgewicht. Der Druck kann von nun ab nicht mehr steigen. Ich habe nun ein 440 Cm. langes Stück frischen Schweinedünndarm, der sammt Gekröse herausgenommen war, mit einem dünnen Brei von gekochter Grütze mit Erbsen gefüllt, das eine Ende mit einem senkrecht stehenden Glastrichter, das andere mit einer Spritze in Verbindung gesetzt, welche zugleich mit dem Manometer communicirte. Es zeigte sich nun, dass ein Druck von 9 bis 10 Cm. Quecksilber erforderlich war, um die Breisäule im Trichter steigen zu lassen.

Bezieht man dieses Resultat auf den lebenden Dünndarm des Menschen und berücksichtigt dabei die stets nach unten fortschreitende peristaltische Wellenbewegung, die grössere Viscosität des Darminhaltes gegenüber der von mir verwendeten Masse, schliesslich die grössere Enge der Bruchpforte, wie sie in den meisten Fällen von Einklemmung zu constatiren ist, so darf man wohl behaupten, dass der Seitendruck hier ein noch höherer werden kann.

Nach dem eben Erwähnten ist es sofort einleuchtend, dass der Seitendruck in der eingeklemmten Schlinge nicht nur den Druck in den Mesenterialvenen zu überwinden, sondern auch die Spannung in den Arterien — 10 bis 12 Cm. Hg. — zu erreichen im Stande ist. Die Erscheinungen der venösen Stauung, sowie der Absperrung arteriellen Blutes dürften hiermit sattsam erklärt sein. —

Wie verhält sich die eingeklemmte Schlinge gegenüber der Taxis? Dass ein einfacher Druck, ein Kneten und Welzern der Bruchgeschwulst nicht nur vergebens, sondern sogar von entgegengesetztem Erfolge sein muss, beweisen die oben angeführten Präparate und der Manometer-Versuch. Zur Erklärung des Misslingens bedarf es aber weder der Roser'schen Klappentheorie, deren Werth ich an anderem Orte ausführlich darlegen werde, noch der Scarpa-Busch'schen Abknickung, welche ja nur eine Folge des bestehenden Verschlusses ist.

Der hohe Seitendruck ist es einzig und allein, welcher in solchen Fällen die Reposition misslingen lässt. —

Eine rationelle Taxis muss daher von vorn herein darauf verzichten, an dem zuführenden Ende eine Veränderung vorzunehmen. Es gilt vielmehr das abführende zu öffnen. Dies gelingt, wie ich mit dem Manometer-Versuche zu beweisen im Stande bin, durch ein Seitwärtsbewegen der Darmschlinge und zwar nach der Seite des zuführenden Endes hin. Ist hierdurch das Ende geöffnet, so genügt ein gelinder Druck auf die Bruchgeschwulst, um die Hernie zu reponiren. Die genaue Erklärung dieses Vorgangs wird an anderer Stelle gegeben werden.

Da sich in der Praxis wohl kein diagnostisches Hülfsmittel finden lassen wird, durch welches man mit Bestimmtheit eruiren kann, auf welcher Seite, ob rechts, oder links, vorn oder hinten, das zuführende Ende liegt, so empfehle ich hier, womöglich nach allen Radien hin Seitwärtsbewegungen mit der Bruchgeschwulst auszuführen. Ist dieselbe den Fingern nicht recht zugänglich, so sollte man die Herniotomia externa machen und nun, ehe der Bruchring eingeschnitten ist, noch einmal die Taxis versuchen.

Für die innere Behandlung resultirt aus dem Vorhergehenden, dass die Darreichung von Laxantien aus nahe liegenden Gründen verworfen, dagegen grosse Opiumdosen unmittelbar nach der Einklemmung empfohlen zu werden verdienen. Durch letztere wird die Peristaltik verlangsamt und so ein den Seitendruck steigerndes Moment eliminirt.

Fr. Merkel. Betrachtungen über das Os femoris.

(Virch. Arch. 1874, B. LIX. 2, p. 237.)

Verf. schickt seiner Besprechung der Architectur des Oberschenkelbeines eine Betrachtung über dessen Lage und Form voraus. Ein allgemein gültiges Gesetz kann über die Richtung des auf dem Schenkelbein lastenden Druckes nicht aufgestellt werden. Bei der Untersuchung einer einzelnen, durchaus mittlere und normale Verhältnisse zeigenden Figur (des Schadow'schen Apollino) drückte der Körper natürlich auf den Kopf des Oberschenkels, und zwar lastet der grösste, durch ihn ausgeübte Druck auf einer Linie, die mit derjenigen identisch ist, welche den Mittelpunct des Schenkelkopfes mit seiner höchstliegenden Stelle verbindet. Diese Linie verlängert, fällt als Verticale auf den Boden, indem von ihr der Schenkelknochen nicht in seiner ganzen Länge, sondern nur an zwei Stellen getroffen wird: ein Mal im Kopfe und einem kleinen Theile des Halses, dann in einer Linie, die an der medialen Seite der höchsten Convexität der Biegung der Diaphyse beginnend, nach der lateralen Seite von hinten nach vorne verlaufend, herüberzieht. Die Last des Körpers wird dahin wirken, den Schenkelhals nach vorne umzuknicken, den Schenkelkopf nach vorne und unten abzubrechen. Die hintere Seite

des Schenkelhalses wird deshalb einer besonderen Stärke bedürfen, und sie erhält eine solche durch das eigenthümliche Verhalten der dort gelagerten Spongiosa, deren Bälkchen sich hier zu einer, aus compacter Knochenmasse, bestehenden Leiste zusammendrängen, dem Schenkelsporn. Der übrige und vordere Theil der oberen Oberschenkelepiphyse stimmt in der Architectur der Spongiosa mit der allgemeinen, an den Enden der Röhrenknochen angebrachten, Constructionsart überein. Der gebogenen Form des Knochens entspricht die Biegung der Lamellensysteme. Die Structur der Spongiosa ist mit Hülfe der Entwickelungsgeschichte zu verstehen; nur das Schenkelspornsystem hat teleologische Bedeutung. Erst mit dem zweiten Lebensjahre beginnt der Schenkelsporn erkennbar zu werden. Mit dem Wachsen des Schenkels wird seine compacte Masse deutlicher, und erstreckt er sich höher nach dem Halse hinauf, rückt nach der medialen Wand zu. Mit dem Alter macht der Schenkelsporn rückschreitende Metamorphose durch und weicht wieder zu Spongiosablättchen auseinander. Ein compacter Rest scheint für eine kurze Strecke das ganze Leben hindurch sich zu erhalten. Die beschriebene Involution des Schenkelspornes erklärt, dass Schenkelhalsbrüche an ein bestimmtes Alter gebunden sind. **Madelung** (Bonn).

L. Tripier. Sur une nouvelle cause de gangrène spontanée, avec oblitérations des artérioles capillaires.

(Comptes rendus 1874 Tome LXXVIII, p. 196.)

Bei Gelegenheit von Versuchen über septische Infection, machte der Verf. einige Male folgende interessante Beobachtung: injicirte er 30 Tropfen putrider, gut filtrirter Flüssigkeit in die V. jugularis eines Kaninchens, so trat, neben den gewöhnlichen Erscheinungen, eine Infiltration der Ohren ein, welche nach 2—3 Wochen mit vollständiger Mumification der Ohren endete. Wenige Tage später ging das Thier unter komatösen Erscheinungen zu Grunde. Ein vor Eintritt der Mumification aus dem infiltrirten Ohre entnommener Blutstropfen zeigte unter dem Mikroskope fast das ganze Gesichtsfeld bedeckende, dichte Haufen protoplasmatischer Massen (Verf. nennt sie Granulationsmassen), welche mit farblosen Blutzellen noch die grösste Aehnlichkeit darboten, jedoch durch ihre ungewöhnliche Grösse sich von ihnen deutlich unterschieden. Im übrigen Körperblut waren diese Zellbildungen zwar auch reichlich anzutreffen, nirgends aber so dicht und von so ausserordentlicher Grösse. Die ungewöhnliche Zunahme ihrer Dimensionen sollen diese Zellbildungen erst in den kleinen Gefässen erlangen, an deren Wänden sie sich anhäufen, weiterhin durch ihr Volumen die Capillaren obstruiren und so zu spontaner Gangrän Anlass geben. Es dürfte sich vielleicht verlohnen, meint der Autor, von diesem neuen Gesichtspunct aus die spontane Gan-

grün, welche auf Grund einer Alteration der Blutmischung entsteht, einer neuen Prüfung zu unterziehen. —

J. Munk (Berlin).

Apolant. Ueber das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen nach Eiterungen.

(Virch. Archiv 1874 LIX, 2. p. 299.)

Bei einem 4 Monate alten, dürftig genährten, blassen Knaben waren, am ganzen Körper vertheilt, circa erbsengrosse Hervorragungen, die auf Einstich eine theilweise gelbe, eiterartige, schmierige, theilweise röthliche, dickliche Masse entleerten. Milzvergrösserung war nicht zu constatiren. Trotz zahlreicher Eröffnungen bestand die Pustelbildung fort. Das mikroskopisch untersuchte Blut zeigte das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen wie 1:20. Als unter innerlichem Gebrauch von Chinin und Ferr. lacticum die Zahl der Abscesse nach zwei Monaten geringer wurde, fand sich im Blute des Kindes 1 weisses Blutkörperchen auf 200 rothe. Verf. kam hierdurch auf die Idee, ob man nicht bei an Leucocythose leidenden Personen in ähnlicher Weise, wie es hier die Natur macht, die weissen Blutkörperchen durch Anlegung von eiternden Fontanellen aus dem Blute hinausschaffen könnte. An Kaninchen und Fröschen wurde das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen vor und nach Anlegung von Haarseilen untersucht. Es fand sich Verminderung der weissen Blutkörperchen nach Anlegung. Bei einem Frosch fand sich, nachdem mehrere Wollfäden durch den Schenkel gezogen waren, anfangs Abnahme, später Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

Madelung (Bonn).

Prof. Dr. J. Arnold. Ueber Parenchymcanäle und deren Beziehung zu dem Blut- und Lymphgefässsystem.

(Centralblatt für die medic. Wissenschaften 1874 No. 1.)

Anknüpfend an die über Diapedesis angestellten Untersuchungen (Virchow's Archiv Bd. 58, S. 218) theilt Verf. in einer vorläufigen Mittheilung die Resultate einer Reihe von Injectionsversuchen sowohl der Blut- als Lymphgefässe mit, welche nach Unterbindung der betreffenden Venen an der Froschzunge und an der Schwimmhaut gemacht wurden. Aus diesen Versuchen ergiebt sich die Thatsache, dass bei venöser Stase und Oedemen der Gewebe von den Blut- und Lymphgefässen aus ein System feinster, im Parenchym gelegener Canäle sich injiciren lässt. Die Beziehung der letzteren zu den von Recklinghausen'schen Saftcanälchen, sowie zu den Bindegewebskörperchen und Pigmentzellen wird Verf. in einer ausführlichen Mittheilung demnächst näher erörtern.

H. Tillmanns (Leipzig).

Prof. Dr. W. Busch. Ueber die Schussfracturen, welche das Chassepot-Gewehr bei Schüssen aus grosser Nähe hervorbringt.

(Arch. f. klin. Chir. 1874 Bd. XVI, Heft 1.)

B. fand durch eine Reihe experimenteller Untersuchungen, welche er theils an Leichen, theils an Scheiben aus Eichenholz und frischen Thonwänden anstellte und durch die Combination der ersteren und letzteren Versuche, dass die Chassepotkugel bei Schüssen aus grosser Nähe (10—20 Schritte) durch die mechanische Kraft, mit welcher sie den Knochen trifft und die hierdurch erzeugte Wärme, sich in mehrere Theile spaltet, welche in einem breiten Zerstreuungskegel durch das Glied gehen und Alles zermalmen. Ob mit der Kugel hineingerissene, verbrennende Pulvertheilchen zur Zerstörung beitragen, lässt B. unentschieden. Es ist also der alte Satz, dass bei Kleingewehrfeuer die Wunde desto reiner ist, je grösser die Propulsionskraft der Kugel ist, für das Chassepotgewehr nicht zutreffend. Die Distanz, in welcher diese reine Wunden macht, liegt weiter nach der Mitte der Flugbahn. **Maas** (Breslau).

H. Fischer. Ueber das traumatische Emphysem.

(Sammlung klinischer Vorträge 1874 No. 65.)

Das traumatische Emphysem entsteht 1) am häufigsten durch Verletzung der Lungen, 2) seltener in Folge von Aspiration der äusseren Luft durch die Wunden, 3) durch Zersetzung der Gewebe (»spontanes Emphysem«). Bei den Verletzungen der Lungen entsteht kein Hautemphysem, oder wenigstens nur ein ganz circumscriptes, wenn die äussere Thoraxwunde mit der Lungenwunde direct correspondirt und der Wundcanal eine genügende Grösse hat (Stichwunden durch grosse scharfe Instrumente, Schusswunden durch grosse Projectile, Bombensplitter etc.). Ist aber bei Eröffnung des Thorax mit Verletzung der Lungen der Wundcanal eng und schief, bekommt derselbe durch Lageveränderung der Muskeln eine unregelmässige Gestalt und wird er durch zerrissene Gewebsfetzen, fremde Körper etc. verlegt, so entsteht ein umfangreiches Hautemphysem. Bei der Inspiration dringt in solchen Fällen durch die äussere Wunde wenig oder gar keine Luft in den Thorax, um so mehr aber durch die Lungenwunde.

Bei der Exspiration schliesst sich die Lungenwunde und die im Cavum thoracis angesammelte Luft wird in die Maschen des Bindegewebes getrieben, welches sich in der Nähe des unregelmässig gestalteten langen Wundcanals befindet.

Ferner entsteht das traumatische Emphysem bei Lungenverletzungen ohne äussere Wunde, z. B. bei Rippenbrüchen, wenn ein Rippenfragment die Pleura durchbohrt und die Lunge ansticht. Nicht

selten aber verlegt sich in diesen Fällen die Lungenwunde durch Blutgerinnsel oder adhäsive Entzündung und das Emphysem fehlt dann.

Wenn nach Rippenbrüchen adhärente Lungentheile lädirt werden, oder wenn die verletzte Lunge durch das zurückschnellende Rippenfragment mit in die subcutane Wunde gezogen wird (1 Fall), dann tritt traumatisches Emphysem ohne Pneumothorax ein.

Ferner entsteht traumatisches Emphysem nach Contusion des Thorax ohne Rippenbrüche, bei starker Compression der Lungen unter gleichzeitiger Behinderung des Luftaustrittes durch eine verengte oder geschlossene Trachea, wie z. B. bei schweren Entbindungen (Luftkropf, goître aërien der Franzosen), nach Stickhustenanfällen, beim Croup, bei hysterischen Anfällen, bei der Gegenwart fremder Körper in der Trachea etc. In allen diesen Fällen entstehen im Lungengewebe Contusionen und kleine Risse, die zuerst ein interlobuläres Emphysem effectuiren, welches allmälig zur Lungenwurzel sich erstreckt und schliesslich an der Trachea hinaufwandert und im Jugulum zu Tage tritt.

Auch bei einfachen Thoraxeröffnungen ohne Verletzung der Lunge kann traumatisches Emphysem entstehen, weil durch die inspirirende sich ausdehnende Lunge eventuell die von aussen in den Thorax eingedrungene Luft in das subcutane und intermusculäre Bindegewebe getrieben wird. In diesen Fällen ist das Emphysem meist unbedeutend, weil der Pneumothorax sehr bald so beträchtlich wird, dass die betreffende Brusthälfte unbeweglich und die Inspirationsbewegung erfolglos wird. — Aehnlich, wie bei Lungenverletzungen, entsteht auch das traumatische Emphysem bei Verwundungen des Larynx. Bei Darmwunden entwickelt sich seltener ein Emphysem, weil sich die Gase meist in die Bauchhöhle ergiessen; nur bei den Verwundungen des fest fixirten Dickdarmes von hinten her entsteht hier und da ein circumscriptes Emphysem. Häufiger dagegen beobachtet man es nach den sog. inneren Rupturen der Därme in Folge von Krankheiten, sowie bei eingeklemmten Brüchen mit Brand der Därme. — Am Schädel beobachten wir ein subcutanes Emphysem in Form von den bekannten Windgeschwülsten, die durch Einwanderung von Luft aus der Rachenhöhle in das Cavum tympani und von dort durch die Poren des Proc. mastoid. unter die Kopfschwarte entstehen. Emphysem der Augenlider kommt nicht selten vor bei Fracturen der Gesichtsknochen, welche sich bis in die Nasen- und Stirnhöhle erstrecken, ferner bei Rupturen des Thränensackes in Folge heftiger Exspirationsbewegungen, und endlich hier und da nach brandigen Mundgeschwüren bei Masern (Heslop), nach Verwundungen der Wangenschleimhaut (Maisonneuve) und nach Zahn-Extraction (Delectre).

Das traumatische Emphysem in Folge von Aspiration der äusseren Luft durch Wunden kommt nur selten vor. Hierher gehört das Emphysem nach Oesophagusrupturen, bei langen schma-

len Wundcanälen, z. B. in der Achselhöhle und unter den Brust- und Rückenmuskeln, ferner bei Sehnenscheidenverletzungen und complicirten Fracturen.

Was das durch Zersetzung der Gewebe entstehende spontane Emphysem anlangt, so hat es Verf. 5 Mal beobachtet. Bei Fracturen und starken Contusionen mit beträchtlichen Blutextravasaten. Es entsteht dadurch, dass die nur locker gebundenen Blutgase aus dem extravasirten Blute entweichen. Die sauere Reaction der in Folge der Fractur oder Contusion gequetschten und zerrissenen Muskeln begünstigt die Austreibung der Blutgase.

Die im Bindegewebe angesammelte Luft wird schliesslich durch die Blutgefässe resorbirt, theils verschwindet sie auf demselben Wege, auf dem sie gekommen.

Die Diagnose des Emphysem's ist keinen Schwierigkeiten unterworfen (Knistern), jedoch wird das spontane Emphysem oft mit dem brandigen verwechselt. Bezüglich der Prognose des Grundleidens ist das traumatische Emphysem ohne wesentlichen Einfluss, die Behandlung in der Mehrzahl der Fälle gleich Null. Bei etwa vermehrter Dyspnoe in Folge reichlichen Luftgehaltes in den bindegewebigen Interstitien der Brustmuskeln schlägt Verf. kleine Punctionen der Haut vor. Im Allgemeinen soll das primitive Emphysem nicht, wohl aber recht frühzeitig das brandige geöffnet werden.

H. Tillmanns (Leipzig).

P. C. Huguier. Considérations anatomiques et physiologiques pour servir à la chirurgie du pouce.

(Archives générales de médecine 1873 No. 10—12 et 1874 No. 1.)

Nach allgemeinen Betrachtungen über Anatomie, Physiologie und morphologische Bedeutung des Daumens, wobei Verf. annimmt, dass der erste Metakarpalknochen eigentlich eine Phalanx sei (?), kommt zunächst eine Besprechung der Bildungsfehler dieses Organes, aus welcher wir, trotz ihres grossen Interesses nur folgende Puncte hervorheben:

1. Bei angeborenem Mangel mehrerer Finger ist der Daumen nie unter den Fehlenden; auch ist das ausschliessliche Fehlen des Daumens nur in ein paar Fällen bisher beobachtet worden. 2. Bei Syndaktylie findet man den Daumen gewöhnlich frei, mit Ausnahme der Fälle, wo alle Finger zu einem Kegel verwachsen sind, und dann einen einzigen Nagel als Kuppe tragen. Endlich sind Difformitäten am Daumen, mit Ausnahme der Polydaktylie, viel seltner, als an den anderen Fingern. —

Die Ankylose der Gelenke, die Contractur gegen die Vola sollen beim Daumen seltener und weniger störend sein, als bei den anderen Fingern. Er büsst aber viel von seinen Functionen durch die Verengerung des ersten Spatium interosseum ein. Bei

allen Erkrankungen, welche solch eine Verengerung, sei es durch Narbenbildung, oder durch andere Ursachen, nach sich ziehen könnten, solle man nicht versäumen, den Daumen in der stärksten Abductionsstellung zu verbinden und zu fixiren. —

In Betreff der Daumenluxationen konnte Verf. in acht Versuchen, die er am Cadaver anstellte, in keinem Falle die als häufigstes Reductionshinderniss angenommene Zwischenlagerung von Kapseltheilen constatiren.

Ohne diese Möglichkeit läugnen zu wollen, sieht er die Ursache der Schwierigkeit weit mehr in der mangelhaften Technik der Einrichtungsversuche.

Zur Reduction gibt nun Verf. folgende Regeln: Als Voract, Einwickelung der Phalangen mit einer nassen Binde, oder mit Heftpflaster, um mehr Halt zu geben; nöthigenfalls Chloroformirung. Die Hand des Patienten soll in halber Supination, und nicht in Pronation gehalten werden, so dass beide Handflächen vertical stehen. Ein Gehülfe fixirt sie in dieser Stellung, mit einer Hand den Vorderarm, mit der anderen die vier letzten Metakarpalknochen fassend. Ein zweiter Gehülfe fixirt mit beiden Daumen und Zeigefingern den ersten Mittelhandknochen. Der Operateur fasst die grosse Phalanx des verrenkten Daumens, zwischen Zeige- und Mittelfinger, weil man auf diese Weise viel grössere Kraft entwickeln kann; nun wird der luxirte Daumen in die Axe seines Metakarpalknochens langsam gebracht, indem man zugleich einen kräftigen Zug ausübt bis die normale Länge ungefähr erreicht wird; gleich darauf folgt eine rasche Flexion, bei fortdauerndem Zuge, bis zur vollständigen Beugestellung. Bei diesem Tempo muss sehr darauf geachtet werden, dass man ganz parallel mit der Vola, d. h. bei der gegebenen Stellung der Hand, direct nach unten flectirt. Sollte die Kraft des Operateurs nicht ausreichen, so könnte man auch zum Fassen die Charrière'sche Zange anwenden; doch räth Verf. von diesem gefährlichen Instrumente für alle Fälle ab, wo seine Anwendung nicht absolut nöthig ist. Obige Methode möchte Verf. als Einrichtung: durch Extension und normale Flexion des Daumens benennen.

Sechs Mal hatte er Gelegenheit, sie in sehr schwierigen Fällen, und stets mit dem gleichen guten Erfolge zu probiren.

Da Verf. das Haupthinderniss bei dieser Luxation nicht in den Seitenbändern sieht, so ist nach ihm die subcutane Durchschneidung derselben zu widerrathen. Würden jedoch alle anderen Methoden fehlschlagen, so könnte man diesen Versuch machen, indem man das Band nur an der Aussenseite durchschneidet, um die Verletzung der Sehne des M. flexor longus sicher zu vermeiden. Bei den Luxationen der Endphalanx hingegen sind es, nach anatom. Untersuchungen von Jarjavay, die Seitenbänder, welche, neben der Kleinheit der zu fassenden Theile, die Reduction erschweren.

In drei Fällen, wo die Einrichtung auf andere Weise misslang,

konnte sie Verf. durch die subcutane Durchschneidung der Seitenbänder erreichen. —

Dazu dient am besten ein sehr feines, sichelförmiges Messerchen. Zuerst soll das Aeussere, und erst wenn es nicht genügt, das innere Band mit durchschnitten werden.

Auf andere operative Eingriffe am Daumen übergehend, räth Verf. die einfache Entfernung beider Phalangenknochen der Exarticulation vorzuziehen, in Fällen, wo der Zustand der Weichtheile es erlaubt. Es bleibt zwar darnach nur ein schlaffer Fleischklumpen zurück, derselbe gewinnt aber mit der Zeit sehr viel an Festigkeit und erhöht wesentlich die Gebrauchsfähigkeit der Hand. —

Wenn der Daumen durch Unfall oder Exarticulation vollständig verloren geht, so hat man doch ein Mittel, dafür einen gewissen Ersatz zu schaffen. Sobald die ursprünglichen Wunden geheilt sind, wird, genau in der Mittellinie, die ganze untere Hälfte des ersten Zwischenknochen-Raumes gespalten; die Wundränder werden, ähnlich wie bei der Operation der Syndaktylie, zusammengenäht, und der erste Metakarpalknochen, in möglichst grosser Abduction fixirt.

Im ersten Falle, wo Verf. diese Operation ausführte, trat die Heilung nach sechs Wochen ein. Der Stumpf war $2^1/_2$ Cm. frei, konnte adducirt und opponirt werden; das Fassen kleinerer Gegenstände geschah mit Kraft und Sicherheit. In einem zweiten Falle waren die Verhältnisse, in Folge entzündlicher Complication von Seiten der ursprünglichen Wunde, weniger günstig; jedoch wurde auch hier die Gebrauchsfähigkeit der Hand sehr erheblich gesteigert. —

Girard (Strassburg i/E.)

N. Stromiloff. Fall von schwerer Kopfverletzung mit glücklichem Ausgange.

(Mosk. M. Z. 1873 No. 19. russisch.)

Ein Bauer hatte mit einem Holzscheit einen Schlag gegen das rechte Schläfenbein in der Nähe der Pfeilnaht erhalten. Die Hautdecken waren in einer Ausdehnung von 6 Cm. gespalten, der Knochen auf 3 Cm. entblösst; in letzterem bemerkte man eine Fissur, deren Grenzen über die der Hautwunde hinausgingen. Beide Lider des linken Auges waren suggilirt, die linke Körperhälfte paretisch, das Sensorium frei. Bei Ruhe und indifferenter Behandlung ging die Besserung so gut, dass Pat. bereits nach 5 Wochen vollkommen gesund das Hospital verlassen konnte.

Heppner (St. Petersburg).

K. Gussenbauer. Eine neue Extensionsmaschine für den Oberarm.

(Wiener med. Wochenschrift 1874 No. 3, p. 41—45 und No. 4, p. 65—70.)

Gegenüber der seit etwa 2 Jahren auf Billroth's Klinik gebräuchlichen Methode, hohe Fracturen des Oberarms durch perma-

nente Gewichtsextension zu behandeln, construirte G. einen Apparat, dem das Princip der Taylor'schen Maschine für Behandlung der Coxitiden zu Grunde liegt. G. ermöglicht so, den Pat. umhergehen zu lassen, selbst ambulant zu behandeln — was für sehr viele Fälle ein kaum genügend zu schätzender Umstand ist. — Der ganze Apparat, dessen Construction im Original nachzusehen ist, erscheint einfach und zweckmässig ersonnen und dürfte ausser bei hohen Oberarmfracturen auch bei Entzündungen des Schultergelenks die Anwendung desselben indicirt sein.

v. Mosengeil (Bonn).

Jaschtschenko. Fälle von Behandlung des Trippers und der Phimose mit Electricität.

(Mosk. Med. Ztg. 1873 No. 23. russisch.)

Verf. wendet bei der Urethritis, auch wenn sie mit Stricturen und Hypertrophie der Prostata complicirt ist, den unterbrochenen Strom an, indem er eine Electrode auf das Kreuzbein, die andere auf das Perineum aufdrückt. Die Sitzung dauert ca. 10 Minuten. Verf. sah in mehreren der angeführten Fälle nach 5 Sitzungen radicale Heilung eintreten; waren Complicationen vorhanden, so ging die Besserung langsamer vor sich.

Heppner (St. Petersburg).

Heinrich Auspitz. Ueber Bubonen der Leistengegend.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 16. Jan. 1874.)
(Wiener med. Wochenschrift 1874 No. 6.)

Verf. bringt die Anordnung der Leisten- und der Schenkeldrüsen in ein System von vier oberflächlich (über der Fascia lata) liegenden Gruppen, von denen eine der Schenkelgegend angehört. Tiefliegende konnte er bei zahlreichen Sectionen nur höchst selten finden. Genetisch theilt er die Bubonen in idiopatische, heteropathische und Infectionsbubonen ein. In Betreff der Therapie der virulenten Bubonen bei weichem Schanker, theilt A. seine modificirte Vidal'sche Methode mit, die er in der Poliklinik geübt: Punction so früh, als möglich (vor Auftreten von Fluctuation), Einführen eines Sondenknopfes durch die Punctionsöffnung und Zerstörung der bindewebigen Septa in der Drüse durch Hebelbewegungen der Sonde. Es sollen dadurch die periglandulären Eiterungen und Bildungen von Hohlgängen vermieden werden. Bei schon ausgebildeten Bindegewebsabscessen entfernt er die Drüsenknoten durch einen, nur auf der einen Seite geschärften Volkmann'schen Löffel. —

v. Mosengeil (Bonn).

Jones. Ausrenkung beider Enden des Schlüsselbeins.

(British med. Journ. 1874 No. 682. p. 106.)

J. berichtet aus der Station Lund's (Manchester) den seltenen Fall eines 32jährigen Kutschers, welcher, um schnell das Einfahrtsthor zu öffnen, dem Wagen vorauseilte, plötzlich mit der Deichsel hinten an der rechten Schulter getroffen wurde, während die linke am Thore lehnte.

Schon die Besichtigung zeigte deutlich die Ausrenkung des Acromial- und des Sternal-Endes des Schlüsselbeins; die Untersuchung ergiebt die Gewissheit. In der Narkose gelang leicht die volle Reposition, während vorher durch Erheben der Schulter und geeigneten Druck auf beide Schlüsselbeinenden nur eine unvollständige Einrenkung erzielt wurde. Nach 10 Tagen war die Clavicula schon fest in ihrer Lage; die Bewegungen des Armes gut, am 17. Tage wurde der Kranke mit gebrauchsfähigem Arme entlassen, später wieder gesehen. Die Casuistik weist nur 4 solcher Fälle auf. Hamilton erwähnt in seinen Brüchen und Verrenkungen einen, Gross in seinem System der Chirurgie zwei Fälle, beide aus Frankreich berichtet (Gerdy und Morell-Lavallée). Holmes citirt in seinem System der Chirurgie auch nur 2 Fälle aus Frankreich.

Pilz (Stettin).

Dr. Paul Schliep. Fall von directer arterieller Thierbluttransfusion (aus dem Augusta-Hospital zu Berlin).

(Berl. klin. Wochenschrift, 1874 No. 3, p. 25—28.)

Verf. theilt, Bezug nehmend auf eine kurz angeführte Krankengeschichte, ein modificirtes Verfahren der Transfusion mit, welches alle Vortheile vereinigen lässt, die in den zuletzt geübten Methoden enthalten sind und welches sich in jeder dem Operateur zweckmässig erscheinenden Operationsweise brauchbar zeigen dürfte. Verf. vereinigt die von Gesellius (Die Transfusion des Blutes, St. Petersburg 1873 bei Eduard Hoppe) angegebene Methode der directen Thierblut- mit der Hüter'schen arteriellen Transfusion (Arch. f. klin. Chirurg. XII, 1. Heft), indem er zwischen der blutspendenden Arterie (Carotis eines Hammels) und einer blutempfangenden (A. radialis des Patienten) einen Pumpenapparat interponirt, welcher sowohl die überzuführende Blutmenge messen lässt, als vor Allem die nöthige Kraft gewährt, um das Blut durch Arterien und Capillaren in den Körper des Patienten zu treiben, was der arterielle Druck in der Carotis des Hammels nicht in genügend schneller Weise besorgte, um vor Gerinnselbildung in dem Röhrensystem zwischen Thier und Patient gesichert zu sein. Hätte auch eine solche Blutgerinnung bei arterieller Transfusion nichts zu sagen, so käme doch kein Blut in den Leib des Patienten. Der betreffende Apparat ist nach Art der englischen Magenpumpen gearbeitet und sichert durch sinnreiches

Anbringen eines Tförmig durchbohrten Hahnes vor Uebertritt von Luft in die Blutgefässe. Einige kurze historische Bemerkungen und Hinweisungen auf physiologisch interessante, durchaus noch näher zu erforschende Puncte, folgen. Verf. verwirft Methoden, welche darauf hinzielen, defibrinirtes Blut zu transfundiren. Der Schliep'sche Apparat gestattet sowohl von Arterie zu Arterie, als von Arterie zu Vene, von Vene zu Vene, als von Vene zu Arterie Blut überzuleiten; dürfte auch bei sehr geringer Assistenz anwendbar sein und sich besonders im Felde dringend empfehlen. S. hält die Spritze kalt, da nach Oré's Versuchen Wärme die Blutgerinnung begünstigt. — **v. Mosengeil** (Bonn).

Plagge. Fall von Aneurysma arteriae femoralis mit Ergotininjection behandelt.

(Memorabilien XVIII Jahrg. Heft 10, p. 441.)

Ein Kanonier wurde am 21. Jan. 1873 zufällig von einem Kameraden mit einem kleinen Brotmesser, zwei Finger breit unter dem Arcus cruralis, verwundet. Sofort stürzte Blut absatzweise, in dünnem Strahle, aus der Wunde des ohnmächtig gewordenen Mannes. Im Lazareth fand sich eine $1^1/_2'''$ lange, den grossen Schenkelgefässen entsprechende, scharfrandige schmerzhafte Wunde; ihre Umgebung zeigte eine pralle Geschwulst mit schwirrender Pulsation, welche durch Druck der Femoralis über ihr zum Verschwinden gebracht werden konnte. Patient klagte über schmerzhaftes Klopfen an der Wundstelle (Eisbeutel, Ruhe). In den folgenden 2 Tagen nahmen Schwellung und Empfindlichkeit bedeutend zu; die Venen an der Innenseite des Oberschenkels waren als harte Stränge fühlbar. Ergotin-Injection (Sec. 2,5, Spirit. Glyc. ana 7,5) an der Innenseite der Geschwulst gemacht, lässt Abends den Tumor härter und abgegrenzter erscheinen. Vom 27. Juni bis 15. August wird täglich eine Injection gemacht und es liess sich bis zum 8. Aug. deutlich eine Abnahme der Geschwulst, der Empfindlichkeit und des Schwirrens constatiren. Da der Zustand sich jetzt nicht mehr änderte, so wurde nur 3 Mal täglich eine Stunde lang Digitalcompression versucht. Am 28. Aug. ist Schwirren sehr schwach, nur nach aussen von der Wunde fühlbar, die Geschwulst hühnereigross, unempfindlich; Patient wird auf Wunsch mit dem Roser'schem Compressorium entlassen. Im October war Geschwulst und Schwirren absolut geschwunden.

P. meint, die Ergotininjectionen trügen wesentlich zur Verminderung grosser Aneurysmen bei; die radicale Heilung werde nur durch Compression oder Ligatur erzielt. —

Pilz (Stettin).

Dr. Desgranges. Anévrysme poplité, Anévrysme de la tibiale antérieure, guéris par la compression.

(Gazette des hôpitaux 1874 No. 2 et 4.)

D. erzielte in 2 Fällen von Aneurysma der Art. poplitea unter Anwendung der Compression verbunden mit zeitweiliger forcirter Flexionsstellung des Beines vollständige Heilung. In dem einen Falle dauerte die Behandlung 13, in dem anderen 14 Tage. In dem 3. Falle, einem spontanen Aneurysma der Art. tibial. antica in Folge einer Distorsion des Fusses, wurde nur die Compression angewandt (Compressorium und Digitalcompression). In diesem Falle trat nach 23 Tagen vollständige Heilung ein. — **H. Tillmanns** (Leipzig).

Stephen Smith. Ligatur der Carotis externa und interna bei Blutungen aus den Gefässen des Gesichtes und Halses, der Mund- und Rachenhöhle.

(New-York med. Journ. 1874 No. 1, p. 40.)

Bei obigen Blutungen empfiehlt Verf. die gleichzeitige Unterbindung der Carotis externa und interna dicht oberhalb der Bifurcationsstelle. Sie ist der Ligatur der Carotis communis vorzuziehen, weil bei dieser nach Wiederherstellung der Circulation von der anderen Seite her die Blutung sich wiederholen kann. Ebenso ist sie der Unterbindung der Carotis communis sammt dem blutenden Aste in solchen Fällen vorzuziehen, wo die Blutung aus einer ausgedehnten Fläche, oder von verschiedenen Puncten aus erfolgt. Demnach ist sie überhaupt angezeigt, wo die Unterbindung der Carotis externa allein nicht genügen würde, an Stelle der sonst üblichen Unterbindung der Carotis communis.

S. führte die gleichzeitige Unterbindung der Carotis externa und interna in 2 Fällen mit günstigem Erfolge aus. Das 1. Mal, im Jahre 1864, wegen Blutung bei einem ausgebreiteten Carcinom des Gesichtes, der Mund- und Rachenhöhle. Nach der Operation trat keine weitere Blutung, sowie keinerlei cerebrale Erscheinungen ein und S. will sogar einen zeitweisen Stillstand im Wachsthum der Geschwulst und Tendenz zu stellenweiser Vernarbung beobachtet haben. Nach einigen Monaten erfolgte der tödtliche Ausgang an den Fortschritten der Neubildung. Die Section wurde nicht gemacht.

Das 2. Mal führte Verf. vor Kurzem dieselbe doppelte Unterbindung wegen Nachblutung nach einer Schussverletzung aus. Bei einem Selbstmordversuche durch einen Pistolenschuss in den Mund, war die Kugel durch die linke Seite der Zunge hindurchgedrungen, hatte die Mandel gestreift und sass unter der Haut der seitlichen Halsgegend. Nach einigen Tagen wurde wegen einer profusen Blutung aus der Rachenhöhle die Carotis externa und interna dicht über ihrem Ursprunge unterbunden. Der Erfolg war günstig, die Blutung wiederholte sich nicht mehr, und es traten weder cerebrale noch anderweitige ungünstige Zufälle ein. — **P. Bruns** (Tübingen).

Dr. W. Stankiewicz. Zwei Beobachtungen aus dem Gebiete der conservativen Chirurgie.

(Denkschriften der Warschauer medicinischen Gesellschaft, 1873 Heft 6.)
(polnisch.)

Verf. beschreibt zwei Unterschenkelfracturen, wo Amputation indicirt schien, die betreffenden Theile jedoch erhalten blieben, ohne ihre Leistungsfähigkeit zu verlieren.

Der erste Fall betrifft einen 39jährigen, wohlgenährten, kräftigen Mann, der am 22. Mai v. J., von geringer Anhöhe auf dem linken Fusse hinabspringend, sich eine transversale Fractur beider Unterschenkelknochen, einen Zoll über dem Fussgelenke, zuzog. Nach Vereiterung des Blutextravasats, Mortification der Haut und nach dem Ablauf eines hinzutretenden Erysipels besserte sich der Zustand der Wunde und es kam schliesslich zur reichlichen Callusbildung und Vernarbung, so dass der Kranke Mitte September schon gehen konnte, indem er sich bloss auf einen Stock stützte. — Das Fussgelenk hatte vollständig seine Beweglichkeit erhalten.

Der zweite Fall betrifft eine Tagelöhnerin von 30 Jahren, die durch ein stürzendes Hausgerüst eine comminutive Fractur des rechten Unterschenkels im unteren Theile desselben, mit Zerfetzung der Weichtheile, erlitten. Aus der etwa 4 Zoll langen und 2 Zoll breiten Wunde ragte das obere Knochenende hervor. Die Amputation blieb unausgeführt, weil die Kranke den nächsten Tag stark fieberte und die Wundgegend stark geschwollen und geröthet erschien. Es wurde blos das hervorragende Knochenstück abgesägt und das Bein in einer Gutta-percha Rinne gelagert. Nach Ablauf eines recidivirenden Erysipels und Losstossung mehrerer Sequester blieb im sechsten Monate des Krankheitsverlaufes blos noch eine kleine Fistel zurück.

Jetzt ist die Extremität nicht im mindesten verkürzt, von normaler Gestalt und vollständig leistungsfähig. —

Bauererts (Warschau).

Gibb. Exarticulation des Oberschenkels unter Esmarch's Methode der Blutabsperrung.

(British med. Journ. 1874 14. Febr. p. 205.)

G. (Newcastle) machte mit Hülfe der Esmarch'schen Methode und Compression der Aorta eine fast unblutige Exarticulation des linken Oberschenkels wegen eines bösartigen Neoplasma (?) desselben, nur beim Durchschneiden der Femoral-Gefässe flossen ca. 2 Unzen venösen Blutes. —

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N$^{\underline{o}}$. 5. **Sonnabend, den 2. Mai.** **1874.**

Ueber die Anwendung des Esmarch'schen blutersparenden Verfahrens bei Exarticulationen des Hüftgelenks

von

Richard Volkmann.

Dreimal bin ich in der letzten Zeit in die Lage gekommen, die Esmarch'sche, blutersparende Methode bei Auslösungen der unteren Extremität im Hüftgelenke zu prüfen, und habe ich mich dabei überzeugt, dass dieselbe auch hier sich mit völliger Sicherheit anwenden lässt. Nach forcirter Einwickelung des Beins bis zur Weiche wird der Gummischlauch in der Richtung des Poupart'schen Bandes von der Commissura femoro-scrotalis schief nach aussen zu der Incisura semilunaris des Darmbeins zwischen oberer und unterer Darmbeingrube geführt. Nothwendig ist es, den Schlauch während der Operation hier besonders fixirt zu halten, entweder durch die Hände von Assistenten oder besser durch drei um ihn geführte, nach oben

zurückgezogene Bindenzügel, damit ihn die sich zurückziehenden, durchschnittenen Muskeln nicht nach vorn abstreifen.

In allen drei Fällen habe ich dann folgendes Verfahren eingeschlagen, welches der Hauptsache nach bereits vor langen Jahren von Vetch empfohlen wurde: Hautlappenbildung je nach dem vorhandenen Material; Muskelcirkelschnitt drei Querfinger breit unter der Weiche, in dem einen Falle noch tiefer; rasche Freilegung des Femur bis zur Mitte herab; Absägung an dieser Stelle. Sorgfältige Unterbindung zunächst der sichtbaren Gefässe, dann unter sehr allmäliger Lüftung des Schlauches aller noch blutgebenden Muskeläste. Erst nachdem jede Blutung aufgehört hat, möglichst subperiosteale Exstirpation des Femur und Exarticulation des Gelenkkopfes. Die Gelenkkapsel bleibt zurück; die Zona muss mit einem geknöpften Messer eingeschnitten, die faserknorplige Verstärkung des Limbus acetabuli kräftig incidirt werden, um den Kopf so weit hervorziehen zu können, dass das lig. teres getrennt werden kann. Der Trochanter wird meist von vornherein bei der Lappenbildung ganz, oder fast ganz frei gelegt werden können; ist dies jedoch nicht geschehen, weil man z. B. auch in der Haut den Cirkelschnitt gemacht hat, so gelingt die Exarticulation trotzdem sehr leicht ohne Spaltung der Weichtheile auf der äusseren Seite. Indess wird dann nachträglich die dünne Hauttasche über dem in Wegfall gekommenen Trochanter incidirt und ein dickes Gummirohr bis in's Acetabulum geführt.

Von den drei auf diese Weise Operirten verlor ein Knabe mit nicht mehr resecirbarer Coxitis und hochgradiger Anaemie und Albuminurie in toto noch nicht eine Unze Blut. Femur löst sich ohne jede Gewalt wie macerirt aus dem entzündeten Periost. Geheilt. Es scheint sich im Stumpf das Femur knöchern zu regeneriren, so dass möglicher Weise die Anlegung einer Prothese dadurch sehr erleichtert werden wird.

2. Sehr grosser und muskelstarker Mann. Zermalmung der Unterextremität auf der Eisenbahn. Blutverlust noch nicht drei Unzen. Tod an sog. Choc.

3. 70jähriger Mann mit verjauchtem und blutendem Myxofibrom. Bei Anlegung der ersten die Geschwulst selbst constringirenden Gummibindentouren tritt aus den ulcerirten Stellen eine lebhafte Blutung ein, die nach Auflegung von Wundwatte und weiterer Einwickelung so gut wie ganz steht. Das hier abgeflossene Blut — circa 3 Unzen — mitgerechnet, beträgt der Gesammtverlust höchstens fünf Unzen. Tod an chronischer Chloroformvergiftung 4 Stunden nach der Operation.

Dr. Luigi Tassinari. Beiträge zur Bluttransfusion.

(Bollett. delle Scienze med. Bologna 1874. Gennajo, pag. 39—57.)

An einem 27jährigen Tischler, welcher durch Malariakachexie auf's Aeusserste herabgekommen war, wurden vom 28. Jan. — 21.

April 1873 sechs Transfusionen defibrinirten Menschenblutes vorgenommen, mittelst eines Apparates, welcher eigens von Ruggi construirt wurde (Nuova canula per la trasfusione del sangue Riv. clin. di Bologna 1871, pag. 223). Der Kranke wurde schliesslich geheilt, und Verf. gelangt zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die Bluttransfusion ist in der Malariakachexie überaus angezeigt, doch muss sie öfters wiederholt werden.

2) Durch die Transfusionen wird die Blutmischung gebessert und das Pigment im Blute verschwindet.!

3) Die Transfusion bedingt eine allsogleiche Besserung der Verdauung.

4) Das Blut muss von einem gesunden, kräftigen jungen Menschen entlehnt werden, welcher kein Bacchusfreund sein darf. Nach der 3. Transfusion fieberte Pat., delirirte sogar, und war 5—6 Tage unwohl. Wie T. erst später in Erfahrung brachte, stammte das Blut von einem Potator.

5) Sobald Symptome von erhöhtem Blutdruck, Schwere des Kopfes, Athemnoth, auftreten, ist es gerathen, ebensoviel Blut abzuzapfen, als eingespritzt wurde.

6) Die Transfusion bedingt öfters einen Frost.

7) Unmittelbar nach der Transfusion darf der Kranke umhergehen, wenn er es auch früher zu thun im Stande war.

8) Es ist überflüssig, das zu transf. Blut zu erwärmen. Man darf es auch mit der Temperatur der Umgebung injiciren (Panum).

9) Die Transfusion defibrinirten Blutes giebt ebenso gute Resultate wie die Transfusion nicht defibrinirten Blutes. Die Gefahren von Embolien und Lufteintritt sind durch den Apparat von Ruggi eliminirt.

Verf. verwirft die Transfusionen von Thier auf Mensch, weil die Versuche Panum's zu sehr dagegen sprechen.

Menzel (Triest).

Dr. Paolo Postempski. Fünf directe Blut-Transfusionen in Rom.

Bemerkungen zu diesem Artikel von Pr. Vizioli.

(Il Morgagni 1874, Februar, pag. 119—131.)

In allen 5 Fällen wurde die directe Transfusion von Mensch auf Mensch vorgenommen. P. hat in einer zu Rom preisgekrönten Schrift (La trasfusione del sangue 1873) einen Apparat angegeben, mittelst dessen Jedermann auch ohne jede Assistenz die directe Transfusion ausführen kann. Dieser besteht aus zwei Lanzenkanülen, welche durch einen Kautschukschlauch verbunden sind. An den Armen beider Individuen, des Blutgebenden und des Blutempfangenden, wird zunächst die Aderlassbinde angelegt, dadurch die Venen strotzen gemacht. In die blutgebende Vene wird die Kanüle centrifugal, in die

blutempfangende (des 2. Individuums) centripetal eingeführt. Dies letztere Moment, das Einführen der Infusionskanüle, geschieht erst, nachdem Kautschukschlauch und Kanülen sich mit Blut aus der blutgebenden Vene gefüllt haben. Nach P. soll man bei dieser Methode die Menge des überfliessenden Blutes genau berechnen können. Merkt man sich nämlich, wie viel Secunden von dem Momente des Einstichs in die blutgebende Vene bis zur Füllung des Kautschukschlauches und beider Kanülen verflossen sind und kennt man den Rauminhalt des Apparates, so weiss man, dass in einer bestimmten Zeit ein bestimmtes Quantum Blut überfliesst. Aus der Secundenanzahl, während welcher man transfundirt hat, soll man dann durch eine ganz einfache Proportion die übergeflossene Blutmenge berechnen können.

(Ref. braucht wohl nicht das Irrthümliche einer solchen Berechnung darzuthun, bei welcher auf die Coagulation des Blutes gar nicht Rücksicht genommen und der so sehr wechselnde Blutdruck in der Armvene als constant angenommen ist.)

Die Transfusion wurde in folgenden 5 Fällen vorgenommen:

1) Anämie in Folge von Wechselfieberkachexie. Ein 15jähriger ungemein herabgekommener Bursche. Typus des Fiebers doppelt tertian. Milzschwellung. Transfusion von 200 grm. Blut. Während die früheren Mittel, China, Eisen, Arsenik, nichts genützt hatten, hörte das Fieber vom Tage der Transfusion an vollkommen auf und die Kräfte stellten sich sehr bald fast völlig ein.

2) Käsige Pneumonie. Durch Lungenphthise sehr elendes 23jähr. Mädchen. Nach der Transfusion von 200 grm. hörte das Erbrechen auf, waren Schmerzen und Dyspnoë geringer, das Fieber weniger intensiv und nicht mehr quotidian. Die Kräfte nahmen zu. Von einer Heilung kann bei der ausgedehnten Cavernenbildung natürlich nicht die Rede sein.

3) Uteruskrebs. Transfusion von 60 grm. Blut. Während der Transfusion Fröste, Angst, Verlust des Gesichtes, Röthung des Antlitzes, intensiver Schmerz längs der Wirbelsäule, unwillkürlicher Kothabgang. Diese Erscheinungen begannen nach 30 Minuten sich zu vermindern und hörten nach einigen Stunden vollkommen auf. Im Allgemeinen befindet sich Pat. gegenwärtig wohl.

4) Pylorusstenose. Transfusion von 75 grm. Blut. Leichte Besserung der Symptome. Tod nach 16 Tagen.

5) Morbus Werlhofii. Bei einem 18jähr. durch die genannte Krankheit ganz enorm elenden Fräulein wurden 100 grm. Blut transfundirt. In der Nacht traten heftige Blutungen (wo?) auf und machten den erzielten Vortheil zu Nichte. Die Kranke starb zwei Tage nach der Transfusion.

Ref. vermisst bei allen diesen Fällen Urinuntersuchungen. Nachdem Czerny nachgewiesen hat, dass in einem seiner Fälle (Wiener med. Rundschau) der Urin unmittelbar nach der Transfusion eine [illegible]hielt, welche ungefähr der Gesammtmenge des

transfundirten Hämatin's entsprach, sind Urinuntersuchungen nach Transfusionen zur Pflicht geworden. **Menzel** (Triest).

Prof. Guiseppe Albini. Ueber directe Bluttransfusion und einen neuen Apparat hierzu.

(Il Morgagni 1874. Fasc. I, pag. 19—28.)

Verf. vertheidigt die directe Transfusion von Thier auf Mensch. Er behauptet, dass die deletären Einwirkungen des Blutes einer fremden Thiergattung auf einen bestimmten Organismus nichts weniger als erwiesen ist. Andererseits meint er, dass jenes Nass, welches man durch Defibriniren des Blutes erhält, wohl kaum auf den Namen Blut Anspruch machen darf. Endlich hält er es durchaus nicht für gleichgültig, ob man venöses oder arterielles Blut einspritze. Nur letzteres sei belebend, das erstere hingegen mit Producten gesättigt, welche zur Elimination bestimmt seien. Weiterhin besitze die Vene gar nicht den nöthigen Blutdruck, um aus ihr eine directe Transfusion zu veranstalten. Schliesslich wäre eine directe Transfusion von der Vene aus für Denjenigen, welcher sein Blut hergiebt, mit Gefahr (Phlebitis) verbunden.

Verf. hat in einer früheren Schrift einen Fall publicirt, wo er eine directe Transfusion von Thier auf Mensch mit Erfolg vorgenommen. Die Schrift, vor längerer Zeit publicirt, ist Ref. leider nicht zu Händen gekommen. Zu dieser Transfusionsweise giebt Verf. einen eigenen Apparat an. Im Wesentlichen besteht derselbe aus einem doppelten in einandergeschobenen Metalltubus mit Diaphragmen. Es sind an Diaphragmen und Hülsen bestimmte Löcher angebracht; je nachdem man diese Löcher durch Drehung der Hülse in verschiedene Lagen zu einander bringt, kann man den tubus sperren und das Blut nach aussen leiten, oder die Communication nach aussen absperren und die Durchgängigkeit des Tubus herstellen.

In die Arterie des Thiers und in die Vene des Menschen wird je eine Lanzenkanüle eingeführt. Zwischen einer Kanüle und dem Metalltubus ist ein Kautschukschlauch eingeschaltet. Der ganze Apparat ist vor dem Gebrauch mit einer lauen Lösung von kohlensaurem Natron angefüllt. Diese Lösung wird natürlich nicht in die Vene eingespritzt, sondern nach aussen abfliessen gelassen.

Der Mittheilung des Verf. sind 10 Abbildungen beigefügt. Für genauere Details muss auf diese verwiesen werden.

Menzel (Triest).

Prof. Halford (Melbourne). The treatment of snake poisoning.

(Medical times and gaz. 1874. Jan. 10.)

Verf. rühmt die fast an das Wunderbare grenzende Wirkung der Injection von Ammoniak in die Venen nach Schlangenbiss. Eine

Frau wird gebissen. Ihre 8jährige Tochter saugt die Wunde aus. Die Frau bleibt gesund, das Kind, welches Schrunden an den Lippen hatte, bekommt schwere Vergiftungserscheinungen und tiefen Collaps. Injection einer Pravaz'schen Spritze voll einer Lösung von 10 Tropfen starker Ammoniaklösung in 2 grm. lauwarmen Wassers in eine Handvene. Nach 4 Minuten konnte das Kind sich aufrichten, nach $^1/_2$ Stunde fühlte es sich schon ganz wohl. Der 2. Fall betraf einen Erwachsenen. Derselbe, collabirt, kalt, gefühllos, bekommt 25 Tropfen starke Ammoniaklösung in die basilica gespritzt. Nach 15 Min. stand er auf. Darnach ein allerdings noch unruhiger Schlaf, dann aber rascher Nachlass aller üblen Symptome. Die australischen Schlangen, von denen die Rede ist, sollen an Giftigkeit der cobra di capella nichts nachgeben.

Schede (Halle).

Benjamin W. Richardson. On the application of cold to the cervical region for the reduction of pyrexia.

(Med. tim. and gaz. 1874. 21. März. pag. 311.)

R. geht von dem Experimente aus, dass auf die Application des zerstäubten Aetherstrahles auf Herz- oder Halsgegend die tiefste Herabsetzung der allgemeinen Körpertemperatur (um 1—$1^1/_2{}^0$ F.) folgt.

Die Anwendung der Kälte auf die Herzgegend führt stets auch unregelmässige Herzaction, und ebenso die plötzliche Anwendung auf den Hals eine Depression derselben herbei.

Um die Einwirkung auf den Hals zu verlangsamen, umgiebt er denselben mit einem undurchlässigen Sacke, durch den ein Strom Eiswasser geschickt wird.

Der Einfluss geschieht durch eine elastische Röhre von einem höher gestellten, ca. 4 Quart — für eine Stunde ausreichendes Quantum — enthaltenden Gefässe aus, der Ausfluss durch eine gleiche Röhre am anderen Ende des Sackes. Hähne reguliren die Geschwindigkeit.

Als Beispiele führt er an:

1) Herabsetzung der Temperatur von 102° F. (nach einem apoplektischen Anfall) durch eine um den Hals gelegte Eisblase in 6 Stunden zur normalen.

2) Bei einem fieberhaften Katarrh brachte er seine eigene Temperatur von 100° F. in 2 Stunden nach $^1/_4$ stündiger Anwendung des beschriebenen Apparates auf die normale Höhe. Nur ganz im Anfang bewirkte die Anwendung unangenehme Sensationen.

Als gleichzeitig eintretende Nebenvortheile seien Verlangsamung der Herzaction sowie Herbeiführung von Schlaf zu betrachten.

Ranke (Halle).

Ludwig Löwe in Strassburg. Beiträge zur Histologie des Bindegewebes.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1874. Nro. 10, S. 145—146.)

In einer vorläufigen Mittheilung fasst L. die Resultate einer demnächst in extenso zu publicirenden Arbeit in 7 Puncten zusammen, von denen der letzte als Facit der vorhergehenden zu betrachten ist und folgendermassen lautet: »Alle Spalten im Bindegewebe des Körpers (also auch die Gefässe) sind seröse Höhlen«.

A. Bidder (Mannheim).

Dr. Carl Reyher in Dorpat. Zur Behandlung der Kniegelenksentzündungen mittelst der permanenten Distraction.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IV. Heft 1, S. 26—89.)

Verf. beginnt seine ausgedehnte, sorgfältige Arbeit mit einer Besprechung der von ihm nachgemachten Bonnet'schen Experimente von Wasserinjection in die Gelenkhöhlen des menschlichen Körpers, wobei er einem von Bonnet unberührt gebliebenen Factor, der auf die Capacität der Gelenkhöhlen Einfluss nimmt — den Muskeln, eine eingehendere Erörterung widmet. Verschieden gestaltet sich dieser Einfluss, je nachdem die Muskeln schlaff oder contrahirt sind.

In sorgfältiger Würdigung dieses letzteren Umstandes kommt Verf. zu seinen Experimenten betreffs der Frage, welchen Einfluss die Distraction auf den intraarticul. Druck (Capacität der Gelenkhöhlen) habe. Er stellt sich selbst folgende Fragen zur Beantwortung auf:

1) Können die Gelenkkörper eines normalen Kniegelenks durch Zug und Gegenzug zur Diastase gebracht werden? Gelingt dies mit dem Knöchelgurt und in welcher Gewichtshöhe? Gelingt es mit der Heftpflaster-Ansa und in welcher Gewichtshöhe?

2) Wie wird der intraarticuläre Druck durch Zug und Gegenzug beeinflusst, wie mit dem Knöchelgurt, wie mit der Heftpflasteransa? u. zw. an muskelstarren und an muskelschlaffen Extremitäten.

3) Besteht ein Unterschied in der Wirkung des Knöchelgurtes und der Heftpflasteransa auf den intraarticulären Druck?

Die ausführliche Beschreibung der einzelnen Experimente etc. ist im Originale nachzusehen. (Das Erkennen der Diastase der Gelenkkörper wurde durch Nadeln, die einerseits in die Condyli femoris, andererseits in's Capitul. fibulae und Condyl. intern. tibiae geschlagen wurden, bewerkstelligt. Der intraartic. Druck wurde an dem Manometer im Kniegelenk, dessen Wassersäule mit der vorderen, oberen Fläche der Patella Niveau hielt, abgelesen.)

Verf. kommt durch die Ergebnisse seiner Experimente zu folgender Beantwortung der obigen Fragen:

Der Zug und Gegenzug bewirkt Diastase der Gelenkkörper, gleichviel ob der Knöchelgurt oder die Heftpflasteransa angewendet wird, ob die Muskeln schlaff oder starr sind. (40 Pfund bringen die Gelenkkörper um 1 Mm., 100 Pfd. um $3^1/_2$ Mm. auseinander. Die minimalste Belastung, unter welcher der Contact der Gelenkkörper aufgehoben wird, blieb unermittelt.)

Der Zug und Gegenzug mit dem Knöchelgurt macht an todtenstarren Extremitäten, bei was immer für einer Belastung, den intraarticul. Druck stets steigen. (Die überall stramm an die Kapsel anliegenden Muskeln drücken dieselbe zusammen und verkleinern so die Capacität der Gelenkhöhle.)

Der Zug und Gegenzug mit dem Knöchelgurt an Extremitäten mit schlaffen Muskeln, macht bei Belastungen bis zu 100 Pfund immer den intraartic. Druck sinken. (Die Haut übt nicht, wie Hüter meint, bei Belastungen von 100 Pfd. eine Compression auf die Gelenkkapsel aus; es wird nämlich der weite Hautmantel des Oberschenkels durch den Heftpflasterzug herabgezogen, während die laxe Bauchhaut zum Oberschenkel sich verschiebt; nur im Falle, als der Hautkegel des Oberschenkels fixirt oder in entgegengesetzte Richtung gezogen würde, könnte bei stärkerer Zugbelastung der intraarticul. Druck hierdurch erhöht werden.)

Bei starren Muskeln erhöht der Heftpflasterzug den intraarticul. Druck, bei schlaffen Muskeln setzt er ihn herab.

Heftpflasterzug und Perinäalgurt unterscheiden sich in ihrem Einfluss auf den intraarticul. Druck durchaus nicht von Knöchel- und Perinäalgurt.

Verf. kommt, in Anwendung der Ergebnisse dieser, seiner Meinung nach unbedenklich auch für den Lebenden gültigen Experimente, zur Aufstellung folgender Sätze:

In Fällen, wo eine rasche Aufhebung des Druckes der Gelenkkörper auf einander erwünscht ist (wie bei offenen Gelenkseiterungen), genügen die bisher in Uebung gewesenen Gewichtsbelastungen nicht. Verf. empfiehlt für solche Fälle die forcirte — etwa 30 Pfd. Belastung der Extension und Contraextension — permanente Distraction. (Belastungen von 2—7 Pfd. genügen nie, um selbst im Verlaufe mehrer Tage das Gelenk zum Klaffen zu bringen.)

In den Fällen von Eiterung oder serösen Ergüssen ohne Eröffnung der Gelenkkapsel aber, involvire der Versuch der forcirten Distraction der Gelenkkörper stets den Eintritt der Kapselberstung. Hier seien der Gypsverband und die Eisbehandlung am Platze; fruchten diese Nichts: die Punction des Gelenkes und theilweise Entleerung der Flüssigkeit mittelst der Spritze von Dieulafoie, sodann die allmälig gesteigerte Distraction.

Auch bei fungösen Synovitiden ohne intraarticuläre Eiterung sei die Distraction von Erfolg, welches sich, wie Verf. meint, einerseits ergäbe aus der Immobilisirung des Gelenkes, dem Wechsel der Con-

tactpuncte der Gelenkkörper bei geringer Belastung (8—10 Pfd. für den Erwachsenen), der Erhöhung des intraarticul. Druckes und der so begünstigten Resorption, und der Diastase der Gelenkkörper bei hoher Belastung.

Ist der Knorpel noch intact, so empfehle sich leichte Extension, nur zum Zweck der Geradestellung.

Ist unzweifelhaft Knorpeldecubitus da, so sei die Extensionsbelastung bis zur minimalen Diastase anzuwenden, um den Druck der Gelenkkörper auf einander zu beseitigen, ohne den intraarticul. Druck aufzuheben.

Bei Caries ist weite Diastase der Gelenkkörper anzustreben, um die Eiterentleerung zu begünstigen. **Fr. Steiner** (Wien).

Frank Woodburg. Die unmittelbare Compression der Art. iliaca communis.

(Americ. Journ. of med. sciences. 1874. Jan.)

In einem Falle von Nierenkolik glaubte Verf. den Stein im Nierenbecken oder im Ureter fühlen zu können und führte zu dem Zwecke die manuale Rectalpalpation aus. Er fühlte nun zwar den Stein nicht, aber dicht unter seinem Finger ein so deutliches Pulsiren der Arteria iliaca communis, dass er auf den Gedanken kam, man könne von hier aus die Compression der Art. vornehmen.

In der That empfiehlt er denn auch diese Art der directen Compression bei allen Amputationen an der unteren Extremität, besonders aber bei der Exarticulation der Hüfte. Wolle man die rechte Iliaca comm. comprimiren, so greife man mit der rechten, wolle man die linke, dann mit der linken Hand in das Rectum.

In Verbindung mit der Esmarch'schen Blutabsperrung könne man auf diese Weise, so glaubt Verf., jede Exarticulation der Hüfte mit ebenso geringem Blutverluste machen, wie irgend eine kleine Operation. **Lossen** (Heidelberg).

Dr. A. Weichselbaum in Wien. Anatomische Untersuchung von drei geheilten Gelenkresectionen.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. Heft 1.)

W. beschreibt zuerst ein Schlottergelenk nach einer Resection des linken Schultergelenks wegen Schussverletzung, welche 5 Jahre früher stattgefunden hatte. Zweitens giebt W. eine genaue Beschreibung eines ankylotischen, noch mit Fistelgängen versehenen Handgelenks, welches 2 Jahre früher wegen Caries partiell resecirt worden war, und drittens eines Ellenbogengelenks mit mässiger Be-

weglichkeit, welches 13 Jahre früher wegen Schussverletzung resecirt wurde. (Wir verweisen wegen des Näheren der sorgfältigen makroskopischen und mikroskopischen Beschreibung auf das Original und die Abbildungen. Ref.)

Die beschriebenen Fälle liefern einen weiteren Beweis, dass sich nach einer Resection ein vollständiges Gelenk bilden kann. Als Hauptregeln für die Operation stellt W. nach diesen Befunden Erhaltung des Periosts, möglichste Schonung der Muskeln und fleissige Bewegungen im Gelenk während der Nachbehandlung (? Ref.) auf.

Maas (Breslau).

Callender (Bartholomew's Hospital). A series of cases of compound fractures, successfully treated on conservative principles.

(The Lancet 1874. No. V p. 162, No. VII p. 230.)

I. Complicirte Fractur am untern Ende des Humerus, in's Ellbogengelenk gehend.

Ein 32jähriger Mann fiel von einer Höhe von 15 Fuss mit dem linken Ellbogen auf Eisenstücke. Humerus im untern Drittel in viele Stücke gebrochen. Der untersuchende Finger konnte durch eine Wunde an der äusseren Seite auf die Fragmente und in's Ellbogengelenk gelangen. Der Arm wurde auf einer Winkelschiene gelagert. Carbolölverband. 8 Wochen nach der Aufnahme war der Kranke in voller Besserung, ohne wesentliche Erscheinungen. Vier Knochensplitter stiessen sich los. Im 6. Monat nach der Verletzung wurde er in's Reconvalescentenhospital geschickt, mit noch einigen Fistelgängen, welche auf weitere Necrose schliessen liessen. Geringe Beweglichkeit im Ellbogengelenk, welche, wie C. hofft, sich wesentlich vermehren wird. —

II. Complicirte Fractur des rechten Astragalus und comminutive Fractur von Tibia und Fibula, in's Tibio-Tarsalgelenk sich erstreckend.

Ein 38jähriger Mann fiel 12 Fuss hoch von einer Leiter, mit seinem rechten Fusse zwischen 2 Sprossen fixirt. Bei seiner Aufnahme fand sich die oben erwähnte schwere Verletzung. Die den Astragalus bedeckende Haut necrotisirte im Verlauf des Krankenlagers. Wunde mit Carbollösung ausgewaschen und mit Carbolöl verbunden. 5 Wochen nach der Aufnahme stiess sich der grösste Theil des Astragalus necrotisch ab. Weitere 5 Wochen später wurde das Bein aus dem Schienenverband entfernt, jedoch der Kranke noch 2 Monate länger im Hospital gehalten, um durch Electricität die Muskeln zu stärken.

(Zu bedauern ist, dass Nichts über den endlichen Zustand des Beines bei der Entlassung gesagt ist. Ref.)

III. Complicirte Comminutiv-Fractur des linken Oberarms, communicirend mit dem Ellbogengelenk.

Ein 52jähriger Mann fiel von einer Leiter, mit dem Ellbogen hart auf das Pflaster aufschlagend. Obengenannte Verletzung. Arm auf einer Schiene im Winkel von 140° gelagert. Am 6. Tage nachher mussten schon 2 Punctionen gemacht werden, um den Eiter zu entleeren. Im 5. Monat wurde der Kranke in's Reconvalescenten-Hospital entlassen. Der Arm war steif, in einer leicht gebeugten Stellung. Verschiedene Versuche, ihn beweglich zu machen, scheiterten an den lebhaften Schmerzen (?).

IV. Eine complicirte Fractur des Femur in der Mitte mit Wunde an der Vorderseite hatte sich ein 54jähriger Mann zugezogen. Starke venöse Blutung. Carbolölverband, lange Schienen. Noch 5 Wochen später Eiterung aus der Wunde und aus einer zweiten Oeffnung an der hintern Seite des Beines, von sehr langer Dauer. Keine Consolidation. Erst nachdem die Eiterung aufgehört hatte, stellte sich die Festigkeit her. $1^1/_2$ Zoll Verkürzung. **Leisrink** (Hamburg).

Prof. C. Heine in Innspruck. Ueber Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. Heft 1.)

H. machte in die vergrösserte Prostata Injectionen einer Jodlösung (Kal. jod. 4,0 grm., Tinct. Jod. 60 grm., Aq. destill. 180,0 grm.), jedes Mal 12—20 Tropfen und zwar am bequemsten unter Leitung des Fingers ohne Mastdarmspiegel vermittelst eines dünnen Troikarts. Bei der Injection wählt man die Seitentheile, da gerade in der Mitte der Prostata eine Arterie verläuft. Bei vier Patienten wurden im Ganzen 10 Injectionen gemacht; bei keinem traten üble Zufälle ein; in allen Fällen wurde eine sehr wesentliche Besserung erzielt. Zum Schluss theilt H. mit, dass der 1. Patient später in die Behandlung der Klinik zurückkehrte, 2 Tage nach einer 3. Injection unter Schüttelfrost erkrankte und nach einigen Tagen starb. Die Section zeigte eitrige Cystitis, Pyelitis, Nephritis, rechtsseitige Pneumonie und Fettherz, in dem Bindegewebe zwischen Prostata und Mastdarm ein Abscess. Zwei anderen Patienten ging es fortdauernd gut.

Maas (Breslau).

Benno Schmidt. Ein Fall von Ostitis deformans.

(Archiv der Heilkunde 15. Jahrg. Hft. 1. S. 81.)

Ein 56 Jahre alter, bisher immer gesunder Apotheker bekam aus unbekannter Veranlassung ziehende Schmerzen im rechten Oberschenkel; die circa ein Jahr später angestellte Untersuchung zeigte den Oberschenkel in der Mitte mehr gekrümmt, als den linken. Daselbst schwache ödematöse Schwellung der Weichtheile, der Knochen

etwas spindelförmig aufgetrieben und etwas biegsam. Druck kaum schmerzhaft. Die rechte Unterextremität ist ca. 1 Cm. kürzer, als die linke. Der Gang ist ein wenig behindert. Pat. brauchte mehrere Jahre hindurch Teplitz. Vier Jahre später war der Process abgelaufen, das Bein jetzt um 2 Cm. verkürzt; der Oberschenkel etwas magerer, als links, nicht mehr aufgetrieben und nicht mehr biegsam. Die durch die Krümmung bedingte ungleiche Belastung der Condylen ruft beim Gehen und Stehen schmerzhafte Empfindung im rechten Knie hervor. Aehnliche Erscheinungen bildeten sich dann an der linken Tibia aus.

Ob es in diesem Falle sich um partielle Osteomalacie oder deformirende Ostitis handelt, vermag Verf. nicht zu entscheiden. Die letztere, von Czerny in Bezug auf ähnliche Fälle vorgeschlagene, Bezeichnung sei bis auf Weiteres für entsprechend zu halten.

A. Bidder (Mannheim.)

Anm. Ein ganz analoger Fall, welcher einen 19j. Menschen betraf, kam kürzlich in der hallischen Klinik zur Beobachtung. Die um Weihnachten 1872 ebenfalls vollkommen spontan entstandene, von dumpfen Schmerzen begleitete, ganz circumscripte Knochenerweichung hatte ihren Sitz am untern Ende der linken Tibia, etwa handbreit über dem Gelenk. Gipsverbände und Soolbäder brachten zwar eine gewisse Besserung hervor, doch hielt dieselbe nicht an, als Pat. wieder arbeitete. Am 23. Octbr. 1873 in die chirurgische Klinik aufgenommen, konnte derselbe nur mühsam gehen. Der linke Unterschenkel zeigte eine der gewöhnlichen rhachitischen Infraction über den Knöcheln ganz ähnliche Verkrümmung. Der Knochen war hier etwas verdickt, von höckrigen Osteophyten bedeckt, auf Druck mässig schmerzhaft und liess sich ein leichtes Federn desselben constatiren. Am 6. Novbr. 1874 wurden 2 Elfenbeinstifte in den erweichten Knochen geschlagen. Bei der Operation erwies sich das Periost etwa auf das vierfache des normalen verdickt, der Knochen sehr weich; eine Markhöhle schien nicht vorhanden. Mitte Februar wurde die völlige Heilung constatirt, dem Pat. aber vorläufig noch ein leichter Stützapparat gegeben. Der Fall wird in einem demnächst erscheinenden Jahresbericht aus der hallischen Klinik von Prof. Volkmann ausführlicher besprochen werden. **Schede** (Halle).

Heinrich Kückmann. Anlegung einer künstlichen Cystenfistel zur Heilung einer Haarbalggeschwulst im Mediastinum anticum.

(Inauguraldissertation. Marburg 1874.)

Verf. berichtet über einen übrigens noch nicht abgelaufenen Fall von Dermoidcyste im vorderen Mittelfellraume, die, seit 2 Jahren bemerkt, äusserlich gänseeigross und links von der Mittellinie des Halses gelegen zur Compression der Trachea geführt hatte. Eine nach Sicherung der Diagnose durch Punction im jugulum angelegte, durch eine Kanüle offen erhaltene Fistel erwies sich als unzureichend für die Entleerung der Cyste. Dieselbe perforirte in einen Bronchus und führte zu wiederholter Pneumonie; in den ausgeworfenen Sputis befanden sich Haarklümpchen. Durch Trepanation einer zweigroschengrossen Sternalpartie dicht unter der incis. semilun. sterni und Ab-

meiselung des darüber gelegenen Sternalrandes wurde nun eine 2 Cm. breite, 3 Cm. lange Spalte im Brustbein angelegt und durch regelmässig wiederholte Luftinjectionen durch die Trepanationswunde Entleerung der Cyste und des in den Bronchus gedrungenen Inhaltes derselben durch Aushusten reichlicher übelriechender Sputa mit Haaren erzielt. Die neue Fistel wurde durch Laminaria weit und nach Entlassung des Pat. durch eine Kanüle offen erhalten. Trotz wiederholter Verschlimmerungen im Zustande des Pat. reichten regelmässig durchgeführte Luftinjectionen immer wieder aus, um die putride Bronchialblennorrhoe mit zeitweisem Aushusten von Haaren rasch zu beseitigen. Das Dermoid communicirt jetzt noch nach aussen, ist ca. wallnussgross und nach allen Richtungen seitlich verschieblich.

Verf. theilt im Anschlusse noch einen, von Roser ihm überwiesenen Fall von einem tief im kleinen Becken zwischen Rectum und hinterem Fornix gelegenen Dermoid mit, bei dem die Anlegung einer Dermoidvaginalfistel missglückte in Folge von Perforation der Cyste nach dem Mastdarme hin und rasch eingetretenem exitus letalis. Hieran reiht Verf. noch einen Ueberblick über die Entwickelung der Lehre von den Dermoidcysten, sowie eine Casuistik von 3 analogen* und 6 gleichen** Fällen aus der Literatur. Schliesslich empfiehlt er, künstliche Cystenfisteln durch lippenförmige Vereinigung der an die äussere Oberfläche angenähten Cystenränder, oder durch eingelegte Kanülen offen zu erhalten. G. Sonnenkalb (Halle).

Dr. E. Richter in Breslau. Ueber einige weitverbreitete Mängel der kriegschirurgischen Statistik.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVII. Heft 1.)

R. weist nach, dass zuerst die grossen, oft benutzten Zahlen des Berichtes von Chenu nicht verwendbar sind, weil die schlechten Resultate der Franzosen durch eine Reihe von Schädlichkeiten hervorgerufen wurden, wie sie wohl nie wieder bei einer ganzen Armee und während der ganzen Dauer eines Krieges vorkommen werden. Ferner wird vom Verf. gezeigt, dass sehr häufig Zahlen zur Vergleichung neben einander geordnet werden, denen der richtige Vergleichungspunct fehlt, z. B. Verletzungen des Oberschenkels, Amputationen desselben und Resectionen des Kniegelenks. Eine richtige Fragestellung wäre — um hier nur eine anzuführen —: Ergiebt bei der primär operativen Behandlung der Kniegelenksschussverletzungen im Kriege die Amputation oder die Resection bessere Resultate? Es ist ferner unlogisch, die Folgen einer chirurgischen Operation mit

* Cloëtta, Mohr, Albers (Dermoide der Lunge).
** Cordes, Büchner, Lebert, Goron, Waldeyer, Pöhn.

den Folgen einer Schussverletzung zu vergleichen; nur diese letzteren sind als das Constante als die hauptsächlichsten Vergleichungsmomente einer Statistik zu benutzen. Auch kann man nicht, wie dies oft geschieht, die exspectative Behandlung mit der secundären und primären Operation, sondern nur das erstere mit dem letzteren vergleichen. Schliesslich ist mit dem Namen einer primären Operation nur diejenige zu belegen, die an einem nicht infiltrirten Theile gemacht wird; mit dem einer intermediären die im Infiltrations- und Reactionsstadium gemachte; mit dem einer secundären, die nach Eintritt der Eiterung und Aufhören der Reaction ausgeführte. Nicht die Zeit, sondern das Verhalten der zu operirenden Theile sind bei diesen Namen das Bestimmende.

Maas (Breslau).

Dr. Collylos. Zwei Fälle von Tetanus traumaticus mit Chloralhydrat behandelt.

(Wiener Allg. medic. Zeitung 1874 No. 4.)

Beide Kranken, eine Frau von 40 Jahren und ein ebenso alter Mann, litten an Wundstarrkrampf in Gefolge von unbedeutenden Verletzungen durch spitze Rohrstücke, wobei Fragmente des Rohres in der Wunde zurückgeblieben waren. Es wurden $1\frac{1}{2}$ Drachmen (6,5 Grm.) Chloralhydrat pro die gegeben. Die Frau verbrauchte im Ganzen 3 Unzen (105 Grm.) der Mann 6 Unzen. Beide Fälle endeten mit Genesung.

Winiwarter (Wien).

Dr. R. U. Krönlein. Zur Casuistik der Fracturen am oberen Ende des Oberarmbeines.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IV. Heft 1, pag. 1—8.)

Verf. beschreibt einen seltenen Fall von Fractur am Humerus, der von ihm an der Leiche einer 73jährigen Matrone beobachtet wurde. Aus dem anatomischen Befunde in Verbindung mit den dürftigen anamnestischen Daten ergab sich, dass hier, wahrscheinlich in Folge eines vor 2—3 Jahren stattgehabten Falles auf die Schulter, der Gelenkkopf im anatomischen Halse abgebrochen war, dann sich so drehte, dass die Knorpelfläche nach unten, die Fracturstelle nach oben zu liegen kam, und in dieser Stellung in das spongiöse Gewebe des Tuber humeri eingekeilt wurde, während die Tubercula theilweise auseinandergetrieben wurden. Verf. beschäftigte sich weiter mit der Frage, welche Bewegung dabei der abgebrochene Gelenkkopf gemacht haben musste, und kommt zu dem Resultate, dass bei der vorliegenden Fractur eine vollständige Umdrehung des Gelenkkopfes um eine von oben nach unten gehende Achse (Verticalachse) stattgefunden habe. Er widerspricht Gurlt, der diese Verletzung als »Brüche des

anatomischen Halses mit vollständiger Umdrehung des Kopffragmentes um seine Querachse« bezeichnete. **Fr. Steiner** (Wien).

Dr. Gio. Melchiori aus Salò. Ein Fall von Amputation nach Gritti.

(Annali univ. di medicina 1874 Gennajo pag. 109—115.)

Der mitgetheilte Fall betraf einen 25jährigen Mann, welcher eine Schrotschusswunde in die Kniekehle erhielt, mit Verletzung der Vena poplitea und der art. tibialis postica. Primäre Amputation; Heilung. Der Mann konnte sich auf die knöchern angeheilte Patella mit der ganzen Körperlast stützen. Abweichend von Gritti war von der Patella nichts abgesägt, sondern der Knorpel belassen worden. Die Synovialtasche unter der Quadricepssehne wurde gleich bei der Operation beiderseits eingeschnitten, um einer Eiterverhaltung zuvorzukommen. **Menzel** (Triest).

Leisrink. Unterbindung der Art. cruralis wegen Elephantiasis cruris. Mit 1 Tafel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. IV. Heft 1, S. 9—25.)

Gegenüber dem absprechenden Urtheile, welches Simon über diese Operation abgab, sucht Verf. durch die Beschreibung eines Falles von Elephantiasis des Unterschenkels, wo er mit theilweisem Erfolge die Ligatur der Art. femoralis ausgeführt hatte, dieser Methode wieder einiges Vertrauen zu erwerben. Die Unterbindung wurde unterhalb des lig. Poupart. vor dem Abgange der A. profunda gemacht. Bemerkenswerth hierbei war, dass vom Beginne der Operation an eine solche Menge einer klaren, klebrigen Flüssigkeit, offenbar Lymphe, aus der Wunde floss, dass das beständige Auftauchen mit dem Schwamme kaum genügen wollte. Andererseits versiegte aber, vom Augenblick der Operation an, die bisher reichlich aus den tiefen Schrunden des entarteten Beines fliessende Quelle des Lymphabflusses gänzlich. Das Bein nahm in der Folge ziemlich rasch an Umfang ab, und das Allgemeinbefinden der herabgekommenen Patientin besserte sich zusehends. Zehn Monate darnach hatte das Bein an der Stelle seines vor Unterbindung der Arterie stärksten Umfanges um 24 Cmtr. abgenommen. Verf. giebt sich der Hoffnung hin, dass sich dieser Zustand bleibend erhalten werde. **Fr. Steiner** (Wien).

Dr. Arth. Menzel. Zwei Zungenexstirpationen nach Regnoli.

(Gazz. med. ital. Lomb. 1874, No. 2).

Verf. theilt zwei Fälle von Zungenexstirpation wegen weit nach hinten reichenden Epithelialkrebses mit. In beiden Fällen wurde zu-

erst die Unterbindung der Art. lingualis (einmal beiderseitig) vorgenommen und sodann der Schnitt bogenförmig längs des Unterkieferrandes geführt. Das Vorziehen der Zunge gelang recht gut und war das Operationsfeld überaus zugänglich. Die Blutung durchaus unbedeutend. Von den beiden Kranken ist der eine 60 Jahre alt geheilt, der andere 65 Jahre alt starb 32 Tage nach der Operation an Dysenterie, nachdem er schon längere Zeit frei im Garten umherging.

Menzel (Triest).

Alfred Schliz, Arzt aus Heilbronn. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Elephantiasis.

(Archiv d. Heilkunde. 15. Jahrg. Heft 2, S. 150—166. Nebst einer Tafel Abbildungen.)

Nach kurzer Besprechung bisher bekannt gewordener Ansichten und Untersuchungen über die Anatomie der Elephantiasis, berichtet Verf. über eine von ihm angestellte Untersuchung eines Stückes elephantiastischer Haut, welche von der Gegend des Malleolus externus eines 16jährigen Menschen stammte. Das Hautstück wurde während des Lebens excidirt. Nach später erfolgter Absetzung des erkrankten Unterschenkels durch Exarticulation im Kniegelenk ging Patient septisch zu Grunde. Die sehr genaue Untersuchung des gehärteten Hautstücks, worüber das Original nachzulesen ist, ergab neben bereits Bekanntem eine theilweise Ectasie der Lymphgefässe in der oberflächlichen Schicht der Haut mit theilweiser Wucherung der Endothelien, als besonders interessanten Befund aber, dass »die Lymphgefässe der tiefen Schichten und ein Theil der oberflächlichen durch Endothelwucherung in ihrer Wandung obliterirt sind«. Verf. wirft die Frage auf, ob nicht die von Virchow beschriebene Wucherung der Lymphgefässendothelien der erste Anfang solcher zur Obliteration führender Processe sei; er ist geneigt die Stauung der Lymphe als den die Wucherung bedingenden Reiz anzusehen und führt als in vieler Beziehung analog die Beobachtungen von Heller über Sclerodermie nach Obliteration des Ductus thoracicus und von Michel über Endothelwucherungen der Lymphräume des Auges bei Verengerung des Foramen opticum an. **A. Bidder** (Mannheim).

Berichtigung:

S. 33, Z. 7 v. u. lies foudroyante. S. 39, Z. 10 v. u. lies Emboli statt Embolie. S. 42, Z. 11 v. u. lies Papel statt Kugel. S. 48, Z. 23 v. o. lies kein Patient statt sein Pat.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 9. Mai. 1874.

Leisrink. Bericht der chirurg. Abtheilung der Poliklinik des Vaterländischen Frauen-Hülfs-Vereins zu Hamburg für das Jahr 1873.

(Hamburg. Voigt's Buchdruckerei. 1874.)

Die Zahl der behandelten Kranken betrug 570, die der ausgeführten Operationen 26. Unter den 41 verzeichneten Erkrankungen der Gelenke war das Schultergelenk nur ein Mal vertreten, und zwar handelte es sich um eine leichte und bald beseitigte Distorsion bei einem 13jährigen Knaben. Erwähnenswerth ist ein Fall von multiplen Gelenkschwellungen auf syphilitischer Grundlage bei einem stark abgemagerten und an nächtlichen Kopfschmerzen leidenden Pat., der ausserdem tophi am Stirnbein, Auftreibung der Tibien und Necrose am linken Oberkiefer mit secundärem Ectropium zeigte. Ausserdem psoriasis syphilitica. Hautausschläge zwangen ihn schon 1866 die erste Schmiercur durchzumachen. Damals bestand bereits eine ge-

wisse Steifigkeit in vielen Gelenken, die aber dem Quecksilber wich. Nach einem halben Jahre kehrten jedoch die Erscheinungen der Syphilis und mit ihnen das alte Gelenkleiden zurück. Seit der Zeit keine Behandlung. — Unter den Gelenken sind die beiden Ellbogengelenke am stärksten afficirt, die Gelenkenden stark aufgetrieben, dagegen wenig freies Exsudat. Passive Bewegungen schmerzhaft, active sehr beschränkt, bes. Pro- und Supination. Der Gebrauch von Jodkali hatte eine wesentlich allgemeine Besserung und vor Allem die volle Gebrauchsfähigkeit der Gelenke zur Folge. — Von Interesse sind einige Fälle von acuten und chronischen Gelenkaffectionen, bei denen Verf. durch eine conservative Behandlung gute Erfolge erzielt hat. So 1. eine complicirte Fractur der vierten Grundphalanx links, mit Eröffnung des Gelenks zwischen Grund- und Mittelphalanx. Nach Vereinigung der Wunde durch Nähte und Anwendung eines festen Verbandes trat prima intentio ein, und blieb die Functionsfähigkeit des Gelenks erhalten. 2. Eine chronische eitrige Synovitis des linken Handgelenks mit Caries der Carpalknochen, seit einem Jahre bestehend bei einem 60 Jahre alten, sonst ganz gesunden Tabaksschneider, der die Erkrankung auf mehrfache Quetschungen des Gelenks zurückführt mit der Angabe, dass bald nach dem Trauma aus der entstandenen Gelenkgeschwulst eine reichliche Eiterentleerung stattgefunden. Eis und Fixation im Handgelenk erfolglos. Eine explorative Incision am Ulnarrand entleert viel serös-eitrige Flüssigkeit, die Carpalknochen werden alle rauh gefühlt. Da Resection verweigert wird, so behilft man sich acht Tage später mit einer 2. Incision am Radialrand. Seitdem Besserung langsam, aber stetig. Nach einigen kleineren Incisionen, die noch weiterhin folgten, hört die bei Aufnahme des Pat. sehr deutliche Crepitation völlig auf und wird Pat. nach zweimonatlicher Behandlung mit allerdings ankylosirtem Gelenk als geheilt entlassen; ein Erfolg, der denjenigen der meisten bisher ausgeführten Handgelenkresectionen wohl gleich kommt. Aehnlich verlief ein Fall von eitriger Entzündung des linken Fussgelenks bei einem 5 Jahre alten und etwa seit einem Jahr mit obigem Leiden behafteten Mädchen. Auch hier wurde je eine Incision an den beiden Malleolen mit einer Zwischenzeit von einigen Wochen gemacht; und konnte das Kind 24 Wochen nach Beginn der Behandlung mit ankylosirtem Fussgelenk geheilt entlassen werden. — Bei dieser Gelegenheit verwirft Verf. auf Grund vielfacher Versuche den von Küster und König (Deutsche Klinik, 1873, No. 12) empfohlenen Magnesitwasserglasverband, seiner langsamen Erstarrung und seiner Brüchigkeit wegen. Dieselben Einwendungen seien auch gegen den von Bruns neuerdings wieder empfohlenen Leimverband (ibid. No. 1) zu machen. Verf. hält fest an dem gewöhnlichen Gypsverband mit seinen allgemein anerkannten Vorzügen, befürwortet daneben auch den Wasserglas-Kreideverband auf's Wärmste, wie solcher ja vielfach von englischen Chirurgen, seiner Leichtigkeit und der gleichzeitigen Solidität wegen, Anwendung findet. — Unter den Knochenbrüchen

(10 Fälle) ist eine doppelseitige Fractur des Radius im untersten Drittel, unter den Luxationen (6 Fälle) eine doppelseitige Luxation des Radiusköpfchens hervorzuheben. Leider ist letzterer Fall nicht genauer beschrieben. — In einem Fall von abgelaufener Spondylitis wurde ein restirender grosser Senkungsabscess unter Carbolpaste eröffnet. Da man in die Wunde keine Drainröhre eingelegt hatte, verheilte die Incisionswunde nach zwei Tagen per primam. Dreimal musste daher noch der Abscess punctirt werden, dann verschwand er aber vollständig. — In dem Abschnitt über Geschwülste berichtet Verf. zunächst über ein Mädchen, bei der im Jahre 1872 der Oberschenkel, wegen eines Osteosarkoms an demselben, amputirt worden ist, und wo bisher kein Recidiv sich eingestellt hat. — Bei Angiomen, vorzugsweise Teleangiectasieen, von denen 9 am Kopf und nur eine über dem capitulum ulnae eines 19 Wochen alten Kindes, gefunden wurden, hat L. mit bestem Erfolg Roser's filum stypticum angewendet, ohne Reaction von Seiten der Gewebe. Ferner sind 5 Cysten verzeichnet, von denen zwei in der Backe, bei einem 10 Jahre alten Knaben und bei einem eben so alten Mädchen beobachtet wurden. Spaltung und Umnähen der Ränder brachten Heilung. Verf. möchte den Ursprung der Cysten von einer accessorischen Parotis ableiten (?). — Sodann wurde eine Dermoidcyste auf dem Kopfe eines 7 Jahre alten Mädchens beobachtet, die kurze Zeit nach der Geburt mehrfach punctirt worden war und eine klare gelbe Flüssigkeit jedes Mal entleerte; schliesslich blieb eine Fistel zurück, aus der nun ganz feine Härchen wachsen. Sie liegt im hinteren Theile des Stirnbeins, nahe der sutura sagittalis. Mit der Sonde fühlt man überall glatte Wände, aus denen, wie sich bei der darauf folgenden Incision herausstellte, an vielen Stellen Büschel von Lanugo hervorsprossten. Einspritzungen von Jodtinctur in die Höhle der Cyste bewirkten endlich die Verschmelzung ihrer Wände, wenigstens an einzelnen Stellen. — Bei einem 52jährigen Tischler war die ganze linke Seite des Halses von einer grossen, runden, glatten Geschwulst eingenommen, welche den Kopfnicker stark emporhob, und den Kehlkopf ganz nach rechts verdrängt hatte. Oberhalb fand sich eine zweite etwa taubeneigrosse Geschwulst, dicht am Unterkieferknochen gelegen. Beide Tumoren fluctuirten deutlich, sollen aber nicht mit einander communicirt haben. Vor $^3/_4$ Jahren zuerst machte sich im Munde (?) ein kleiner Knoten bemerkbar, zu dem sich bald die Anschwellung am Halse gesellte und bei ihrem Wachsen die Respiration sowohl, als auch das Schlucken zu erschweren anfing. Die Zunge war fest gegen die untere Zahnreihe gepresst und durchaus unbeweglich. Auch hatten die Zähne eine schiefe Stellung nach aussen erhalten und waren bereits zum Theil gelockert. Da wo die Zunge an die Zähne angedrückt war, entstanden Druckgeschwüre, die früher zu der Diagnose eines Epithelialcancroids der Zunge verleitet hatten und den Fall als unoperirbar bezeichnen liessen. Dabei war Pat. sehr heruntergekommen, auf's Aeusserste abgemagert und erschöpft. L. extrahirte die

losen Zähne, worauf die Zungengeschwüre rasch heilten, machte dann eine Probepunction mit bald darauffolgender Incision der grossen Geschwulst und entleerte eine reichliche Menge einer gelben Flüssigkeit, die ausser Blutkörperchen viele Epithelzellen enthielt. Darauf wurde durch den kleinen Schnitt Jodtinctur eingespritzt und so ein Verwachsen der Cystenwände erzielt. Nach Spalten des kleineren Tumors gelangte der eingeführte Finger auf den Boden der Zunge, die nun sich zurückzog und dem Pat. beim Sprechen und beim Schlucken kein Hinderniss mehr setzte. Leider starb der Pat. vierzehn Tage später an Erschöpfung, so dass das Resultat des operativen Eingriffes kein dauerndes war. Eine genauere diagnostische Begründung des Falles, ob hier etwa eine stark entwickelte ranula vorgelegen, fehlt.

Lesser (Berlin).

Dr. E. Masing. Zwei Transfusionen.

(St. Petersburger Med. Zeitschrift 4. Bd. (Neue Folge), 1. Heft, S. 68—80.)

Ein vom Verf. am 22. Sept. 1873 an Blasenstein durch den Seitenschnitt operirter Kranker bekommt am 3. Oct. in der Wunde Erysipel, welches sich allmälig über den ganzen Körper verbreitet und von hohem Fieber begleitet wird. Bei trockner Zunge, colliquativen Diarrhöen und Decubitus erreicht Pat. den höchsten Grad von Prostration. Ref. schlägt eine directe Transfusion von Thierblut vor und führt die Operation am 26. October aus. Das Blut wird vermittelst zweier Glaskanülen und eines dieselben verbindenden Kautschukschlauches aus der Art. fem. des Thieres (Hammel) in die V. saphena int. des Pat. während einer Minute hinübergeleitet. Nach einer Viertelstunde stellt sich Erbrechen ein, sonst bleibt der Zustand des Pat. unverändert. Doch schon in der folgenden Nacht tritt auffallende Besserung ein, in den nächsten Tagen hebt sich der Appetit, die Diarrhöen sistiren, der Kräftezustand bessert sich, nur zeigt das Fieber und das Erysipel wenig Veränderung. Allmälig stellt sich jedoch neuer Collapsus ein und es wird beschlossen, die Transfusion zu wiederholen. Dieselbe wird vom Ref. auf dieselbe Weise wie das erste Mal ausgeführt, sogar das blutspendende Thier war dasselbe, nur wurde bei dem Kranken statt der Saphena die Cephalica auf der Dorsalfläche des Carpus eröffnet. Da bei der ersten Transfusion keinerlei beunruhigende Erscheinungen aufgetreten waren, so wurde beschlossen, dieses Mal eine grössere Blutmenge überzuleiten. Doch schon nach $1^1/_4$ Minute stellte sich plötzlich Erweiterung der Pupillen und Cyanose der Nasenspitze ein, worauf die Transfusion unmittelbar sistirt wurde; die Cyanose verbreitete sich rasch über den ganzen Körper, das Athmen wurde oberflächlich und stockte schliesslich ganz; Frictionen, ein Aderlass, Tracheotomie und künstliches Athmen blieben ohne Erfolg; der Pat. starb. Bei der Section wird statt der erwarteten Blutüberfüllung Anämie des Gehirns und der Lungen ge-

funden, in den Herzhöhlen wenig flüssiges Blut mit spärlichen Gerinseln; in den Verzweigungen der Pulmonales keine Thromben nachweisbar, in der Corticalis beider Nieren kegelförmige Infarcte. Die Fibrillen des Herzfleisches fettig degenerirt. Die vom Ref. supponirte wahrscheinliche Todesursache — Herzparalyse, wird vom Autor auf Grund des Sectionsresultats in Zweifel gezogen, ohne dass letzterer eine eigene Meinung aufgestellt hätte. **Heppner** (St. Petersburg).

Oré. De l'anesthésie produite chez l'homme par les injections de chloral dans les veines.

(Comptes rendus. Tome 78 (1874), pag. 515 und 651.)

Durch eine grössere Versuchsreihe hatte O. gezeigt, dass Chloral, in die Venen injicirt, das mächtigste Anästheticum abgiebt. Nach Injection von 2—6 grm. Chloral (je nach der Grösse des Thieres) erlosch die Sensibilität so vollständig, dass kein Reiz, selbst nicht der electrische, die Anästhesie aufzuheben vermochte, welche 1 bis 5 Stunden lang in gleicher Stärke anhielt. Während dieser ganzen Zeit geht die Respiration ruhig und ganz regelmässig fort. Hierauf gestützt, glaubt O. behaupten zu dürfen, dass Chloral, wenn es in die Venen injicirt wird, als chirurgisches Anästheticum dem Chloroform bei Weitem vorzuziehen ist, weil es vollständige Anästhesie, niemals aber so beunruhigende asphyktische Erscheinungen, wie zuweilen das Chloroform, herbeiführe. —

O. hat ferner gezeigt, dass diese so wichtige Erfahrung sich auch auf den Menschen übertragen lässt. Ein 52jähriger Mann wurde infolge einer leichten Zerschmetterung des linken Grossfingerendes von Tetanus und Trismus befallen. Bei seiner Aufnahme in's Hospital bot er ausgesprochenen, allgemeinen Tetanus, daneben Dyspnoe, erhöhte Pulsfrequenz, mässige Cyanose dar. Der leiseste Druck auf den gequetschten Fingernagel löste sofort eine Verstärkung der tetanischen Starre und furchtbare Schmerzen aus. O. injicirte nun dem Pat. zwei Mal, kurz hinter einander 9 grm. (!) Chloral in eine rechte Radialvene. Unmittelbar nach der 2. Injection trat ruhiger Schlaf ein, die Athmung wurde langsam und ruhig, die Pulsfrequenz fiel von 90 auf 70, die Muskelstarre, auch die Mundsperre schwanden fast gänzlich. Die Anästhesie war so vollständig, dass O., um die Ursache des Tetanus zu entfernen, den Nagel spaltete und ausriss, ohne dass die mindeste Regung seitens des Pat. bei dieser so exquisit schmerzhaften Operation zu beobachten war. 4 Stunden später erfolgte auf Berührung der Conjunctiva keine Reflexbewegung. Nach 11 Stunden wachte der Kranke auf, aber noch 5 Stunden später war, besonders an den Unterextremitäten, die Sensibilität nicht vollständig wiedergekehrt. Um die tetanischen Anfälle zu coupiren, wiederholte O. am folgenden und nächstfolgenden Tage die Injection von 9 grm. Chloral,

mit eben demselben Erfolge. Jedesmal trat ruhiger Schlaf und vollständigste Anästhesie ein. Am 3. Krankheitstage war die Besserung deutlich ausgesprochen.

In der Nacht vom 4. zum 5. Krankheitstage stellten sich wieder tetanische Contractionen mit Suffocationsanfällen ein. Wegen der hochgradigen Cyanose hielt O. eine Choralinjection für contraindicirt und verordnete nun Chloral innerlich. Obwohl aber Pat. innerhalb 2 Tagen 28,0 grm. Chloral nahm, trat keine wesentliche Besserung des tetanischen Zustandes ein, so dass zeitweilig wieder zur Injection in die Venen zurückgegriffen werden musste. Schliesslich wurde Pat. noch von einer acuten Bronchitis ergriffen, in deren Gefolge tetanische Starre des Thorax sich einstellte. Unter der Behandlung der Bronchitis und zeitweiligen Chloralinjectionen liess auch der Tetanus der Thoraxmuskeln allmälig nach. Am 17. Tage war nirgends mehr eine Spur von Contractur oder Tetanus vorhanden. Pat. konnte nunmehr alle Bewegungen vollkommen spontan und regelmässig ausführen, ohne durch Reflexbewegungen gestört zu werden. —

J. Munk (Berlin).

Panas. De la section du nerf buccal.

(Archives générales de médecine 1874. No. 2.)

Die Durchschneidung des N. buccalis, welcher öfter der Sitz von Neuralgieen ist, wurde zum ersten Male im Jahre 1856 von Michel in Strassburg mit Erfolg ausgeführt; er fand dennoch nur sehr wenige Nachahmer. Nach seinem Verfahren wurde der Nerv von aussen aufgesucht. Im Jahre 1857 machte Nélaton die gleiche Durchschneidung vom Munde aus, ebenfalls mit Erfolg. Diese Methode bietet die Vortheile, dass der Ductus stenonianus sicher vermieden werden kann, dass keine sichtbare Narbe zurückbleibt und dass eine mögliche Complication durch Erysipelas, wie es bei einem der Michel'schen Patienten vorkam, wenigstens sehr erschwert wird. Verf. giebt von diesem Verfahren folgende Beschreibung:

Der nicht chloroformirte Pat. sitzt bei günstigem Licht; ein Assistent fixirt den Kopf von hinten; die Lippencommissur der kranken Seite wird mit einem Lüer'schen Ecarteur gespannt, der Unterkiefer durch das Einschieben eines festen Gegenstandes zwischen die Zähne der gesunden Seite offen gehalten. Der Chirurg, vor dem Pat. sitzend, führt seinen linken Zeigefinger neben den Zähnen bis zur Mitte der vorderen Kante des aufsteigenden Unterkieferastes. Dieser Rand trägt bekanntlich 2 Lefzen; der Nagel, nach innen gekehrt, soll sich auf die äussere stützen.

Nun wird mit einem in Federhaltung gehaltenen, halbconvexen Bistouri, unmittelbar vor dem Finger, ein erster Schnitt geführt, welcher ungefähr von der Höhe des letzten oberen, bis zur Höhe des letzten unteren Backzahns reichen und nur die Schleimhaut trennen

soll. Diese Incision hat eine Länge von circa $2-2^1/_2$ Cm.; die Blutung ist bis dahin fast Null. Durch die Wunde lassen sich nun die tiefen horizontalen Fasern des M. buccinatorius sehen; sie werden am besten mit einer stumpfen Cooper'schen Scheere durchschnitten. Dabei kann eine etwas stärkere Blutung aus der Art. buccalis eintreten, welche aber mit einfacher Torsion sehr leicht zu stillen ist. Nach der Trennung des M. buccin. sucht man den unmittelbar an der Art. buccalis liegenden Nerven mit einem Schielhaken und einer Hohlsonde emporzuheben; wegen seiner Nähe an der blutenden Arterie ist er leicht zu finden. Man kann ihn übrigens in der Wunde sehen, und ein gutes Criterium, ob er gefasst worden ist, giebt der sogleich vom nicht chloroformirten Pat. empfundene lebhafte Schmerz. Die Durchschneidung oder die Excision eines Stückes, wenn man es vorzieht, kann jetzt leicht vorgenommen werden.

Um noch sicherer zu sein, alle Nervenfasern durchtrennt zu haben, räth Verf. noch, in der ganzen Länge der ursprünglichen Incision, alle Weichtheile bis zur vollständigen Freilegung des Wangenfettklumpens zu durchschneiden.

Diese Operation ist wenig schmerzhaft; die Reaction darauf gering. Verf. hat nach obigem Verfahren eine 65 Jahre alte Frau operirt, welche an einer, seit 12 Jahren dauernden Buccalisneuralgie litt. Schon nach 8 Tagen konnte Pat. als geheilt entlassen werden. Die Sensibilität der Wangenhaut und der Buccal-Schleimhaut war noch etwas abgestumpft. Seitdem hat sich die Frau noch mehrere Mal vorgestellt, ohne dass ein Anfall wieder aufgetreten wäre.

Zum Schluss giebt Verf. folgende Tabelle der bisher bekannten Fälle von Durchschneidung des N. buccalis:

Operateur.	Zahl der Fälle.	Vollständiger Erfolg.	Halber Erfolg.	Kein Erfolg.
Michel	2	1 nach 8 Jahr. constat.	—	1
Nélaton	2	1 nach 3 Mon. constat.	—	1
Valette & Leliévant	1	1 nach 9 Mon. constat.	—	—
Leliévant	1	—	1	—
Panas	1	1	—	—
Summa	7	4	1	2

Zum Falle vom Verf. ist noch zu bemerken, dass irradiirende Schmerzen in den anderen Aesten des Trigeminus, wie es auch von anderen Neurotomien beobachtet wird, nach der einfachen Buccalisdurchschneidung ebenfalls verschwanden. **Girard** (Strassburg i/E).

Bryant (Guy's Hospital). Cases of colotomy.

(The Lancet 1874. Nro. 2 und Nro. 5.)

In einer kurzen Vorrede macht B. darauf aufmerksam, dass bei Rectum-Carcinomen die Anlage eines künstlichen Afters zwar keine

Heilung ermögliche, doch durch Entlastung des kranken Darmes nicht nur die Schmerzen lindere, sondern auch das Leben verlängern könne. Bei nicht carcinomatöser Strictur des Rectums hingegen, wirkt die Colotomie direct auf das Uebel ein, wiederum durch Entlastung des Darmes und durch die Möglichkeit, besser an die Strictur selbst gelangen zu können.

(Für uns Deutsche ist das Obengesagte namentlich nach dem Vorgehen Simon's nichts Neues. Ref.)

B. theilt folgende einschlagende Fälle mit. Beim ersten, einem 56jährigen Mann, bestand eine Complication durch einen prolapsus ani und durch einen Abscess am Perineum. Letzterer war am Tage vor der Aufnahme spontan geplatzt.

Bei der Untersuchung fand sich an der linken Seite des Anus eine harte, 2 Zoll lange und 1/2 Zoll dicke Geschwulst. Anus geschlossen, grosse Fistelöffnung an der Basis der Geschwulst, welche mit dem Rectum communicirte. 2 Zoll vor dem Anus, in der Medianlinie fand sich eine Oeffnung, allein ohne Communication, weder mit dem Rectum, noch mit der Urethra.

Die Geschwulst wurde am 25. Octbr. 1872 mittelst der galvanocaustischen Schlinge entfernt und verliess der Pat. am 13. Nov. das Hospital. Die Untersuchung der Geschwulst liess keine Zweifel an der krebsigen Natur derselben bestehen.

Am 15. April 1873 kam der Pat. wieder, in einem sehr desolaten Zustande. Das Rectum war voll von Carcinom-Massen. Am 16. April machte B. die Colotomie, welche ohne besondere Zwischenfälle verlief. Am 28. April durch den künstlichen After gute Oeffnung, welche dauernd blieb.

Im Uebrigen machte das Carcinom im Rectum seine Fortschritte, ging auf die Blase über, blutete; kurz es bot das bekannte Bild des zunehmenden Marasmus.

Interessanter und befriedigender verlief der 2. Fall, welcher ein 36jähriges Frauenzimmer betraf. Sie wurde am 12. August 1873 mit Schmerzen und Schwierigkeiten bei der Defaecation aufgenommen. 6 Jahre vorher litt sie an Hämorrhoiden mit den bekannten Symptomen. Ein Jahr später entleerte sie ständig Blut und Schleim, die Faeces wurden dünner und dünner. Syphilis ausgeschlossen. Den höchsten Grad erreichte das Uebel in den letzten 9 Wochen. Die Untersuchung des Rectums ergab eine Strictur, durch welche nur mit Mühe eine Harnröhrenbougie gebracht werden konnte.

Am 19. August Colotomie. Von der Operation an kam der Stuhl nur durch den künstlichen After; durch den Anus entleerte sich nur Schleim und Blut.

Am 10. October ergab die Untersuchung das Rectum vollkommen gesund.

Ein anderes 24jähriges Frauenzimmer war bis zu einem Jahr vor ihrer Aufnahme gesund gewesen. Damals wurde sie krank und hatte Stuhlbeschwerden. Faeces schmal und hart. 5 Monate später

war beim Stuhl viel Blut. Das Allgemeinbefinden wurde schlecht. Im Uebrigen wies die Anamnese ziemlich deutlich auf Syphilis hin. Bei der Untersuchung zeigte sich eine Recto-vaginal- und eine Analfistel, mit Strictur und Ulcerationen im Rectum. Die Strictur liess eben die Spitze des Fingers ein.

Am 2. Septbr. Colotomie. Bis zum 26. Septbr. kamen die Faeces durch das Rectum, dann erst durch den künstlichen After. Eitriger Ausfluss aus dem Rectum.

Am 27. Novbr. spaltete B. die Analfistel und einen grossen perirectalen Abscess.

Vagina und Rectum waren vollständig geheilt. Von nun an kam der Koth regelmässig aus dem künstlichen After. Der Zustand der Pat. besserte sich sichtlich. **Leisrink** (Hamburg).

F. Steudener (Halle). Zur Casuistik der Herzwunden.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 7.)

Verf. hatte die seltene Gelegenheit, die Section eines Selbstmörders mit nicht penetrirender Herzwunde zu machen, der sich eine Kugel in den Leib gejagt hatte, indem er einen Spitzkugelrevolver dicht unter der linken Brustwarze aufsetzte und abschoss. Der Tod erfolgte 15 Wochen später an Erschöpfung. Nach dem Vorfall war der Unglückliche zu Boden gefallen, blieb aber bei Besinnung. Sofort war dagegen motorische und sensible Lähmung der unteren Extremitäten vorhanden. Wenig klares Blut wird ausgehustet. Herzdämpfung normal, ein schwaches Geräusch am Herzen, das am folgenden Tage zum deutlichen pericarditischen Reiben sich gestaltete. Links trat dann Pneumothorax auf, und zeigte sich das Herz nach rechts verdrängt, der Puls sehr schnell und klein; vom Nabel abwärts völlig aufgehobene Sensibilität mit Lähmung von Blase und Mastdarm. Während der 3 folgenden Tage Steigerung der Symptome, dann Abnahme derselben bei fortschreitender Heilung der Wunde; dagegen Persistenz der Lähmungen mit rascher Entwicklung eines rapid um sich greifenden Decubitus. An der Leiche fällt die Abmagerung der nicht gelähmten Muskulatur auf gegenüber der Volumenszunahme der gelähmten, welche Zunahme durch interstitielle Fettbildung erklärt wird. Lungenparenchym lufthaltig, narbige pleuritische Adhäsionen und Einziehung am oberen Lappen. Herz etwas hypertrophisch und überall mit dem Herzbeutel durch feine Bindegewebsstränge verwachsen. Am linken Ventrikel eine an der Herzspitze beginnende, in der Mitte 2 Ctm. breite Furche aus narbigem Bindegewebe bestehend, darunter die nur 1,5 Mm. starke Muskelwand des Herzens. Dem Anfang und Ende der Furche entsprechen Löcher im Pericard, in deren Nähe Pulverkörner eingebettet sind. Ferner war das Rückenmark zwischen 10. u. 11. Brustwirbel völlig durchtrennt,

und sass die Kugel im Wirbelbogen rechts. Beide Theile des Rückenmarks durch Bindegewebsstränge verbunden; der untere Theil etwas weicher, zeigt die graue Substanz nur undeutlich.

v. Mosengeil (Bonn).

W. Pelikan. Ueber die Exarticulation im Coxofemoralgelenke bei organischen Krankheiten.

(Sitzungspr. d. Kaiserl. Gesellschaft zu Wilna. 1873. pag. 59.)

Verf., der selbst die Exarticulatio femoris 2 Mal mit Glück ausgeführt hat, kommt nach einer statistischen Zusammenstellung von 326, in der Literatur verzeichneten Fällen zu dem Resultat, dass diese Operation, bei chronischen Leiden ausgeführt, verhältnissmässig günstige Resultate ergiebt. Von 63 Operirten genasen 35 (55,5%). Es ist somit der Procentsatz bei dieser Operation günstiger, als bei den, wegen gleicher Ursachen ausgeführten Resectionen und hohen Amputationen. Verf. zieht den Manec-Baudens'schen Schnitt jeder andern Methode vor und räth nur, damit die Wunde nicht zu sehr nach hinten zu liegen komme, den hinteren Schnitt nicht in der Plica natium, sondern $1^1/_2$—2 Finger breit unter ihr zu führen. Die Furcht vor lebensgefährlicher arterieller Blutung hält er für unbegründet und verwirft daher die von Pirogoff, Larrey, Chassaignac u. A. vorgeschlagene Präventivligatur der Art. femoralis. Die doppelte Compression des vordern Lappens reicht vollständig zur Blutstillung aus. —

L. Sausszinski. Ein Fremdkörper in der Blase und Harnröhre.

(Ibid. pag. 117.)

Einem betrunkenen Hospitaldiener war ein hölzerner Stahlfedergriff in die Harnröhre eingestossen worden. Bei seiner Aufnahme in's Hospital fand sich, dass der grösste Theil des Stockes in der Harnblase, das dünne Ende desselben in der Pars bulbosa der Harnröhre steckte. Harnincontinenz fand nicht statt. Während des Urinirens drängte der Fremdkörper gegen die untere Harnröhrenwand und konnte deutlich vom Perineum aus gefühlt werden. S. machte die äussere Urethrotomie, entfernte den Fremdkörper, der eine Länge von ca. 12,5 Cm. und die Dicke eines gewöhnlichen Bleistiftes hatte, und vernähte die Wunde, worauf rasch Genesung erfolgte. Ein Katheter à demeure wurde nicht applicirt.

Derselbe. Ueber die Behandlung venerischer Bubonen im Wilnaer Militärhospitale.

(Ibid. pag. 150.)

S. hat die von Ricord und dann von Zeisl vorgeschlagene Methode der Eröffnung eitriger Bubonen durch Stich adoptirt und in 82 Fällen mit gutem Erfolge erprobt. Der Bubo wird mit einer

schmalen Lanzette geöffnet, der Eiter herausgedrückt, dann mit einer graduirten, in Bleiwasser getauchten Compresse bedeckt und über letztere ein kleiner Sandsack von 1 Cm. Dicke gelegt. Das Ganze wird mit einer fest angelegten Spica inguinalis fixirt und der Kranke in den ersten Tagen unbeweglich im Bette gehalten. Die Compresse wird anfangs 2 Mal, in der Folge, mit Abnahme der Eiterung, 1 Mal täglich erneuert, wobei die Wunde mit warmem Wasser abgewaschen, nicht aber ausgespritzt wird. Erst wenn die unterminirten Ränder sich in der Tiefe fixirt haben, wird der Sandsack entfernt und die Wunde mit Charpie und Heftpflasterstreifen verbunden. Die Vortheile dieser Methode vor der Eröffnung durch einen ausgiebigen Schnitt bestehen in Fernhaltung von Complicationen (Diphtheritis, Erysipel, ichoröser Zerfall der Wunde) und in Abkürzung der Kur. Die mittlere Dauer derselben bei Eröffnung der Bubonen durch Stich betrug 28 Tage, bei der durch Schnitt 49 Tage.

Heppner (St. Petersburg).

Dr. Mourlon. Contribution à l'histoire des kystes osseux.

(Gazette des hôpitaux 1874, No. 4.)

M. Letenneur. Kyste multiloculaire de la machoire inferieure.

(Gazette des hôpitaux 1874, No. 7.)

M. beobachtete einen Fall von linksseitiger multiloculärer Cyste des Unterkiefers bei einem sonst gesunden Manne von 37 Jahren. Die Geschwulst hatte sich im Verlauf von 16 Jahren allmählig, wahrscheinlich in Folge einer Contusion der linken pars horizontalis des Unterkiefers entwickelt. Nach der Einwirkung des Trauma traten Schmerzen des 2. linken Backzahnes ein, den sich Pat. deshalb nach 8 Tagen ausziehen liess; nach der Extraction etwa 3 Tage lang Blutung; es restirte eine kleine Anschwellung im Niveau des Zahnes, welche 8 Jahre stationär blieb, dann aber plötzlich ohne bekannte Ursache zu einer sehr beträchtlichen Grösse auf Kosten des Knochens wuchs. M. entfernte durch Resection der linken Hälfte des Unterkiefers ohne Schwierigkeit die Geschwulst; nach Unterbindung von 4 kleinen Arterien stand die Blutung vollkommen. Pat. wird in's Bett gebracht. Allgemeinbefinden gut. Bereits 4 Stunden nach der Operation aber war der Kranke todt in Folge einer Nachblutung aus einem Aste der arteria maxillar. int., welcher nicht unterbunden worden war, weil er jedenfalls durch ein Blutgerinnsel verstopft war. Letzteres hatte sich später gelöst. Weil Pat. auf der rechten Seite schlief und somit sein Blut im Schlafe verschluckte, hatte Niemand die gefährliche Blutung bemerkt. (!) — Die postmortale Untersuchung der Geschwulst ergab, dass dieselbe von den Zahnalveolen ausgegangen war und aus zahlreichen grösseren und kleineren Cysten mit käsigem Inhalte bestand.

L. theilt einen Fall von recidivirender multiloculärer Cyste des Unterkiefers mit. Das erste Recidiv trat 12 Jahre nach der ersten Operation auf; dann nach 3 Jahren das zweite Recidiv, sodass die ganze linke Hälfte des Unterkiefers entfernt werden musste. Der Erfolg der Operation ist bis jetzt (6 Monate) in jeder Beziehung gut.

Tillmanns (Leipzig).

Dr. Tutschek, Oberstabsarzt. Neue Beobachtungen über die Thoracocenthese mittelst Hohlnadelstiches und Aussaugung.

(Aerztl. Intell.-Blatt 1874. Nro. 2, pag. 11.)

Verf. giebt einen Nachtrag zu seiner im October 1873 erschienenen Brochüre über denselben Gegenstand (München 1874). Ausser den in dieser Brochüre mitgetheilten 10 Fällen von Thoracocenthese (8 Mal Heilung, 2 Mal tödtlicher Ausgang durch Complicationen) hat Verf. seither die Operation noch in 9 weiteren Fällen ausgeführt, so dass sich die Zahl der seit Februar 1873 von ihm Operirten auf 19 beläuft mit 25 Operationen, da bei einem Kranken die Punction 4 Mal, bei einem 3 Mal und bei einem dritten 2 Mal ausgeführt wurde. In allen Fällen war das durch Aspiration entleerte pleuritische Exsudat ein seröses, mit Ausnahme des zuletzt operirten Falles, in welchem es eine dünnflüssig-eitrige Beschaffenheit hatte. —

In Betreff der Ausführung der Operation hält Verf. an den früher aufgestellten Grundsätzen fest, namentlich an der unbedingten Superiorität der Hohlnadel gegenüber dem Troikart. Eine Erweiterung hat das frühere Verfahren insofern erhalten, als in den letzten 6 Fällen eine vorgängige Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze vorausgeschickt wurde, und ferner in den beiden letzten Fällen solche Probepunctionen alle 4—5 Tage während der Nachbehandlung nach der Operation wiederholt wurden, um Aufklärung in Betreff der Veränderungen des Exsudatrestes zu gewinnen (?) und diese für Prognose und Nachbehandlung verwerthen zu können.

Verf. theilt 3 Krankheitsgeschichten mit, in denen nach einmaliger Punction nach Ablauf von 7, 13 und 11 Tagen Heilung eintrat, und behält sich die Veröffentlichung der übrigen Fälle auf später vor.

P. Bruns (Tübingen).

V. Czerny und **J. Latschenberger**. Physiologische Untersuchungen über die Verdauung und Resorption im Dickdarm des Menschen.

(Virch. Archiv LIX. 1874. 2. pag. 161.)

Ein Mann mit widernatürlichem After (der flexura sigmoidea) in der linken Inguinalgegend gab den Vff. die Gelegenheit zur Anstellung dieser Untersuchungen. Das Rectum war in einer Länge von

29—30 Cm. so vollständig ausgeschaltet, dass man es von oben mit den zu prüfenden Nahrungsmitteln füllen und nach beliebiger Zeit per anum entleeren konnte. Die Resultate sind kurz folgende: der menschliche Dickdarm und sein Secret hat weder auf coagulirtes, noch auf lösliches Eiweiss, noch auf Fett eine verdauende Wirkung, dagegen resorbirt der Dickdarm das lösliche Eiweiss unverändert als solches. Im Hühnerei ist das Eiweiss in einer für die Resorption ungünstigen Form enthalten. Ebenso nimmt er Fettemulsionen auf. Ferner wird Kleister resorbirt. Jedoch bleibt unentschieden, ob er als solcher aufgenommen wird, oder nach vorheriger Umwandlung in Zucker. —

Chlornatrium vermindert die Resorption, wird aber, selbst im gereizten Zustande der Darmmucosa und aufgehobener Resorption, aufgenommen. Jeder Reizzustand des Darmes behindert die Resorption oder hebt dieselbe vollständig auf. **Madelung** (Bonn).

Dr. F. W. Lorinser, k. k. Sanit.-Rath und Krankenhausdirector in Wien. Zur Behandlung des Klumpfusses bei Neugebornen.

(Wiener medic. Wochenschrift 1874. No. 1, pag. 1—5.)

Verf. schickt der definitiv durch Tenotomie der Achillessehne zu bewirkenden Cur eine orthopädische Vorcur voraus. Diese ist darauf berechnet, von den dreierlei Abweichungen von der Normalstellung, wie sie meist bei pes varus congen. vorkommen, Plantarflection, Supination und Beugung des Fusses in seiner Längsaxe, wobei der innere Fussrand concav, der äussere convex wird, die beiden letzten Anomalieen zu beseitigen, ehe man die Equinusstellung durch Tenotomie verbessert. L. bedient sich einer in heissem Wasser weichgemachten Gutta-perchaschiene, welche die innere Seite des ganzen Unterschenkels und des bis auf Spitzfussstellung corrigirt gehaltenen Fusses umgiebt. Der Fuss wird dann durch eine Kautschukbinde gegen die Hohlseite der weich ausgepolsterten Schiene angepresst. Täglieh kann der Verband leicht gewechselt werden. Nach einem Jahre wird die Tenotomie ausgeführt und sofort der Fuss in rechtwinkliger Stellung in betreffenden orthopäd. Apparaten fixirt.

v. Mosengeil (Bonn).

C. Binz. Der Antheil des Sauerstoffs an der Eiterbildung.

(Virch. Archiv LIX 1874. 2. pag. 293.)

B. beobachtete schon früher bei Anstellung des Cohnheim'schen Versuches am Froschmesenterium, dass zur Zeit, wenn die Eiterbildung in vollem Gange ist, in kleinsten Gefässen, die nur mit Plasma und farblosen Körperchen angefüllt sind, zuweilen keines der letz-

teren Bewegung zeigte, keines passiv »transsudirte«, obgleich dieselben unter mindestens ebenso hohem Blutdruck standen, wie die in den benachbarten Bahnen. Erst wenn rothe Blutkörperchen ihren Weg in diese Gefässe finden, beginnt die bekannte Streckung des Protoplasma und die Auswanderung der weissen Blutkörperchen. B. glaubt hiernach, dass die weissen Zellen, die durch den heftigen Reiz der Verwundung in grosser Zahl entweder neu erzeugt oder auch nur in den Kreislauf getrieben, an den Gefässwänden haften, durch die neu ankommenden rothen Blutkörperchen den stimulus des Sauerstoffs empfangen, der sie zu amöboiden Bewegungen zwingt. Physiologische Gründe, die Beobachtung, dass für Infusorien die Abwesenheit des Sauerstoffs Stillstand, der Zutritt Motilität bedingt, endlich zahlreiche pathologische Erscheinungen bestimmten den Verf. für obige Anschauung. Doch giebt B. zu, dass ausser dieser auch noch andere Formen und Wege der Eiterbildung möglich sind.

Madelung (Bonn).

E. Küster. Ueber die Resection des Handgelenkes nach Traumen. (Vortrag, geh. in d. Berl. med. Gesellschaft am 17. Decbr. 1873.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 8, p. 87—89.)

Verf. bekämpft die Ansicht, dass, wie von vielen Autoren angegeben wird, bei einzelnen Gelenken (besonders Ellbogen- und Handgelenk) nur totale Resectionen ausgeführt werden dürften. Für das Handgelenk stellt K. aus anatomischen Gründen die Regel auf, eher alle Handwurzelknochen, als die eventuell gesunden Epiphysen der Vorderarmknochen zu entfernen. Ein Beispiel, welches eine derartig ausgeführte Handgelenksresection unter sonst sehr üblen Bedingungen betraf und wobei ein relativ sehr günstiges Resultat gewonnen wurde, illustrirt die ausgesprochene Meinung des Verf. Die basis ossis metacarpi IV et V, sowie das halbe os pisiforme waren im betreffenden Falle gleichfalls wegen Erkrankung mit entfernt. Der Fall ist besonders interessant, da die Statistik der Handgelenksresectionen bisher noch lückenhaft ist.

v. Mosengeil (Bonn).

W. B. Kestewen. A Case of sudden death, quickly following the injection of perchloride of iron into a Naevus.

(The Lancet 1874. Nro. 6, pag. 195.)

Am 3. April 1873 injicirte K. Liquor ferri sesquichl. in einen Naevus, $^3/_4$ Zoll gross, auf dem Kopfe eines 9 Monate alten Kindes. Keine üblen Zufälle zeigten sich und war der Erfolg ein guter. 6 Monate nachher musste jedoch wegen Wachsens der Geschwulst die

Operation wiederholt werden. K. spritzte drei Tropfen ein. Nach einer Minute begann das Kind zu schreien, wurde bleich, bekam leichte Convulsionen und alle Symptome des Glottiskrampfes und war todt. Das Ganze verlief in höchstens 5 Minuten. —

Section wurde nicht gestattet.

K. macht darauf aufmerksam, dass hier wohl kaum von einer Coagulation des Blutes in den Venen die Rede sein kann. (Warum nicht?).

Leisrink (Hamburg).

Terrillon. Nouvelle méthode d'hémostase dans les opérations.

(Bulletin genéral de thérapeutique 1874. 15. Jan.)

F. Gross. La compression élastique pendant les opérations sur les extrémités.

(Revue médicale de l'Est 1874. 1. Febr.)

Marduel.

(Lyon médical 1874. 18. Jan.)

Nach einer Schilderung der Esmarch'schen Methode und ihrer Vorzüge kommen die drei Vff. auf die Besprechung der Prioritätsfrage. Trotzdem Dittel, Vanzetti u. A. dem Kieler Chirurgen die Priorität absprachen, trotzdem Grandesso Silvestri in Vicenza bereits seit 1862 den Caoutchoucschlauch zur totalen Unterdrückung des Kreislaufs in den Extremitäten gebrauchte, trotzdem Andere die Einwickelung zu amputirender Glieder schon längst geübt hatten, gebührt dennoch Esmarch, nach der Ansicht der Vff., die Ehre, zum ersten Mal die combinirte Anwendung der elastischen Binde und des Schlauches systematisirt und auch auf andere Körpertheile übertragen zu haben.

Girard (Strassburg i/E.)

Charles Périer. Étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée.

(Gazette des hôpitaux 1874. Nro. 7.)

(Société de chirurgie.)

Bei einem 74jährigen, sonst gesunden Manne fand sich im Niveau des Nabels seit einigen Jahren ein kleiner reponibler Tumor, der keine besonderen Beschwerden verursachte. Ohne bekannte Ursache traten plötzlich mit wechselnder Intensität Symptome einer Darmeinklemmung auf, der Leib war besonders rechts unten vom Nabeltumor schmerzhaft, letzterer dagegen blieb schmerzlos, wurde aber hart und irreponibel. Mit Rücksicht auf die geringen Localerscheinungen von Seiten der schmerzlosen Geschwulst in der Nabelgegend schwankte die Diagnose zwischen innerer Incarceration und Einklemmung eines Nabelbruchs. Am 9. Tage wurde links von der Medianlinie in der

Nähe des Nabels eingeschnitten, um eventuell den eingeklemmten Nabelbruch zu operiren; P. constatirte eine intraabdominelle Hernie und zwar so, dass sich rechts vom ligamentum suspensorium in querer Richtung und parallel der Bauchwand eine Höhlung befand, welche einem Fingerhute mit etwas enger Oeffnung glich; in dieser Tasche hatten sich Darmschlingen eingeklemmt, welche sich leicht durch Druck mit dem Finger reponirten. —

15 Tage nach der Operation war Patient bereits wieder völlig hergestellt. **Tillmanns** (Leipzig).

Fraentzel. Ein Fall von acuter eiteriger Mediastinitis im Verlaufe eines Ileotyphus.

(Berl. klin. Wochenschrift, No. 9, 1874, p. 97—99.)

Der kurz und praegnant in allen seinen Beziehungen geschilderte Fall, welcher durch Suffocation tödtlich endete, hat chirurgisches Interesse durch die vom Verf. vorgeschlagene und bei Wiederkehr derartiger Fälle entschieden zu wählende Therapie: tiefe und lange Incisionen in der Gegend des Jugulum, welche, bis auf die Trachea geführt, allein im Stande sind, der eitrigen Infiltration des Mediastinum einen Abfluss nach aussen zu bahnen und so den Druck auf die Trachea und Erstickungsgefahr zu beseitigen.

von Mosengeil (Bonn).

Ritter. Ein Fall von jahrelangem Verweilen eines Fremdkörpers in einem Wundcanal.

(Memorab. Jhrg. 18. Heft 10, pag. 451.)

R. (Bremervörde) theilt einen Fall mit, in welchem ein 5 Cm. langes und 7 Mm. dickes Holzstückchen 6 Jahre in einer Wunde des unteren Augenliedes nahe dem Thränensacke verblieben war und nur geringe Eiterung verursacht hatte. **Pilz** (Stettin).

Société de chirurgie.

(Gazette des hôpitaux 1874. Nro. 5.)

Dr. Mourlon theilt einen Fall von Atresia ani bei einem 3 Tage alten Mädchen mit; das untere Ende des Darmes stand in offener Communication mit der vagina. Das Kind wurde vollständig geheilt, indem zuerst der anus hergestellt und dann nach 20 Tagen die Rectovaginalfistel operirt wurde. **Tillmanns** (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 7. Sonnabend, den 16. Mai. 1874.

Hypertrophie des Ohres nach Excision eines Stückes vom Halssympathicus des Kaninchens,

beobachtet von

Dr. Alfred Bidder in Mannheim.

Der Halssympathicus ist bekanntlich schon sehr oft bei Thieren zu dem Zwecke durchschnitten worden, um den Einfluss desselben auf Entzündungen, Ulcerationen etc. am Ohre zu prüfen. Der Erfolg war in letzterer Beziehung stets negativ, d. h. eine Einwirkung des Sympathicus auf die genannten Processe war nicht ersichtlich. Nur bei C. O. Weber[1]) findet sich die Notiz, er habe gefunden, dass bei einem Kaninchen, dem der Halssympathicus einer Seite durchschnitten war, die gleiche artificielle Entzündung an dem Ohre

1) Handbuch v. Pitha-Billroth. Bd. I, Abth. I. S. 404.

der kranken, d. h. vasomotorisch gelähmten Seite schneller verlief und heilte, als am gesunden Ohre. Da nun ferner durch zahlreiche Untersuchungen und Beobachtungen über die Functionen des Sympathicus, welche sich zum grossen Theil in der Monographie von Eulenburg und Guttmann (die Pathologie des Sympathicus etc. Berlin 1873) sorgfältig bearbeitet finden, ein trophischer Einfluss desselben sehr wahrscheinlich geworden ist, so wollte ich, ohne vorläufig weitere Fragen mir vorzulegen, zunächst versuchen, ob sich nicht ein solcher doch auch in Bezug auf das Ohr experimentell nachweisen lasse. Das Experiment hat ein positives Resultat ergeben und ich glaube daher, dass die kurze Mittheilung desselben von Interesse sein dürfte.

Am 13. März 1874 legte ich einem jungen, etwa halbwüchsigen Kaninchen den Sympathicus auf der linken Seite des Halses blos und resecirte den mittleren Theil desselben in der Länge von circa 1,5 Cm. Sofort wurde das linke Ohr stark hyperämisch, fühlte sich bald wärmer an, als das rechte, die linke Pupille verengerte sich bedeutend, also die bekannten Erscheinungen traten prompt ein. Die beiden Ohren sind ganz gleich lang und breit. — Nach sorgfältiger Vernähung der Hautwunde wird das Thierchen wieder in den Stall gebracht und dort vorläufig sich selbst überlassen.

Am 10. April, also noch vor Ablauf eines Monates, fand sich nun Folgendes: das Thierchen ist ebenso gewachsen, wie die anderen gleichaltrigen Kaninchen, und scheint sich vollkommen wohl zu befinden. Die linke Pupille ist halb so gross als die rechte, der linke Augapfel prominirt weit weniger aus der Orbita als der rechte. Das linke Ohr ist auffallend breiter als das rechte und mehr als 0,5 Cm. länger. Es ist noch immer hyperämisch und wärmer, als das rechte Ohr. In der Behaarung und sonst ist kein Unterschied zwischen beiden Ohren vorhanden.

Am 27. April ist der Grössenunterschied beider Ohren noch bedeutender, so dass es jedem auffiel, der das Thier, auch ohne Näheres über dasselbe zu wissen, betrachtete.

Es ist also bei dem jungen, lebhaft wachsenden Kaninchen eine Ueberernährung, eine Hypertrophie des linken Ohres eingetreten und zwar dadurch, dass der Einfluss des Sympathicus auf dasselbe paralysirt ist. Ich glaube, erklären darf man sich dieses gesteigerte Wachsthum einfach durch die dauernd reichlichere Zufuhr von Ernährungsmaterial (Blut) bei dem schon an und für sich in lebhaftem Stoffwechsel begriffenen, jungen Thiere. In diesem Sinne ist der vasomotorische Nerv auch zugleich ein trophischer, d. h. er hält das Wachsthum des jungen Kaninchenohres in den physiologischen Schranken, wirkt also, wenn man sich so ausdrücken darf, hemmend und regulirend. Ein Experiment ist ja allerdings nicht massgebend; das Ergebniss desselben schien mir aber doch mittheilenswerth, weil es mit den bisherigen Erfahrungen über die Leistungen des Halssympathicus nicht im Widerspruch steht, dieselben im Gegentheil ergänzt.

Ich hoffe, bald genügendes Material an jungen Kaninchen zu bekommen, um den Versuch wiederholen, vervollständigen und in seinen weiteren Consequenzen verfolgen zu können.

Mannheim, den 29. April 1874.

Rüdinger. Topographisch-chirurgische Anatomie des Menschen. Dritte Abtheilung. Erste Hälfte. Stuttgart 1874.

In dem uns vorliegenden Bande hat Verf. auf 118 Seiten die topographische Anatomie des Kopfes mit Ausnahme des Auges und des Ohres abgehandelt. Das Werk ist hübsch ausgestattet, mit 7 Tafeln, enthaltend 20 Figuren in Lichtdruck, 4 Stahlstich-Tafeln (aus Verf.'s Anatomie der menschlichen Gehirnnerven) und 12 in den Text gedruckten Holzschnitten. Die Figuren sind sehr gut und übersichtlich. — Im Text berührt Verf. bei den wichtigeren Theilen kurz die Entwicklungsgeschichte und giebt ferner eine Menge für die Chirurgie praktisch wichtige Winke. Etwas wesentlich Neues in dieser Beziehung haben wir jedoch nicht gefunden. In Betreff der Einzelheiten müssen wir auf das Original verweisen. — In einem Anhang giebt Verf. Vorschriften über die Herausnahme des Gehirns bei Erwachsenen und Neugeborenen. Für den Praktiker wird das Werk immer ein angenehmes Hülfsmittel sein, um in einzelnen Fällen seine anatomischen Kenntnisse aufzufrischen oder zu bereichern.

Ferd. Petersen (Kiel).

Prof. M. Benedikt. Zur Lehre der entzündlichen »Kernwucherung«.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1874. Nro. 13, pag. 195—197.)

In einer kurzen Mittheilung bespricht B. das Verhältniss der weissen Blutkörperchen (deren Kerne sich durch Carmin nicht färben) zu der entzündlichen »Kernwucherung« (wo die Kerne von Carmin gefärbt werden), worüber ihm die Untersuchung eines Falles von diffuser Neuritis centralis Aufschluss gegeben hat. Auf den Entzündungsreiz gehen die weissen Blutkörperchen, resp. Lymphkörperchen in die perivasculären Lymphräume über, was unter Umständen den Anschein gewähren kann, als hätten sie sich zwischen Adventitia und Media der mittleren, selbst grösseren Gefässe angesammelt und als läge hier eine Kernwucherung vor. Die in den Lymphgefässen angehäuften Lymphkörperchen zeigten nur die Merkmale entzündlicher Kerne. Verf. sagt: »Die aus dem Entzündungsbezirk zurückgeführten Lymphkörperchen hatten also jene Veränderungen erlitten, welche sie gewöhnlich als entzündliche Kerne erscheinen lassen, und ihre Anhäufung selbst an grösseren Gefässstämmchen im Parenchym war

erklärt«. Ein ähnliches Verhältniss liess sich für die »scheinbar freien Lymphkörperchen« im Stroma und um die Ganglienzellen nachweisen. Die entzündlichen Kerne sind also Abkömmlinge der weissen Blutkörperchen. Wenn sie vielleicht auch nicht einzig und allein diesen Ursprung hätten, so sei doch eine Prolification von Bindegewebskörperchen als Quelle der entzündlichen Kerne für das Centralnervensystem unerwiesen. **A. Bidder** (Mannheim).

Dr. Paul Bruns in Tübingen. Die galvanokaustische Amputation der Glieder.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. Hft. 1.)

B. stellt die von Middeldorpf, Szigmondy, Sédillot vermittelst der Galvanokaustik gemachten Amputationen zusammen und fügt denselben 13 neue Beobachtungen der Tübinger Klinik hinzu. Für die Technik stellt Verf. hiernach die Regel auf, eine sehr sorgfältige Compression der zuführenden Gefässe, am besten nach der Esmarch'schen Methode zu machen und bei Gliedern mit 1 Knochen, die sich für die Operation am besten eignen, einen zweizeitigen Cirkelschnitt mit Bildung einer Hautmanchette durch die Schneideschlinge anzuwenden; der Knochen muss nach Zurückschiebung des Periost's selbstverständlich durchgesägt werden. Bei Gliedern mit 2 Röhrenknochen führt man die Schlinge mit einer Nadel durch das Spatium interosseum und durchschneidet die Weichtheile um jeden Knochen mit einem einseitigen Cirkelschnitt. Als Vortheile der Methode sind anzuführen: sehr geringer, zuweilen ganz fehlender Blutverlust; sehr beschränkte Anzahl von Ligaturen (nur die Hauptstämme); Nachblutungen sind bis jetzt gar nicht beobachtet worden, Shok, febrile Reaction, Schmerzhaftigkeit der Wunde fehlen fast ganz; dagegen ist die Heilungsdauer entschieden länger, ebenso liegt in der Methode kein absoluter Schutz gegen die Pyämie.

Maas (Breslau).

Richet. Des fractures spontanées chez les ataxiques.

(France médicale 1874. No. 27.)

Joffroy. Sur les luxations pathologiques et les fractures spontanées des ataxiques.

(France médicale 1874. No. 27.)

R. versucht an der Hand eines von ihm beobachteten, letal verlaufenen Falles von spontaner Fractur des rechten Oberschenkels bei einem Tabetiker das von Charcot constatirte häufige Vorkommen spontaner Fracturen im Verlaufe der Ataxie zu erklären. Er fand bei der Autopsie an der Fracturstelle sowohl, wie an der correspon-

direnden Stelle des gesunden Femur die Zeichen einer rareficirenden Ostitis. Er nimmt an, dass diese Veränderung unter dem Einfluss der Erkrankung des Nervensystems entstehe, anatomisch mit der senilen Involution des Knochens identisch sei, aber nicht das ganze Skelet, sondern nur einzelne Stellen befalle. Eine Erklärung für diese Localisation kann R. nicht geben, vielleicht würde eine Untersuchung der zu den erkrankten Knochenpartien führenden Nerven darüber Aufschluss geben.

Diese rareficirende Ostitis erklärt auch die schon von Charcot beobachtete und weiterhin von verschiedenen Seiten bestätigte aussergewöhnlich rasche Heilung derartiger Fracturen. Die rareficirende Ostitis ist eine nothwendige Vorbedingung für die Callusbildung, und dieser präparatorische Vorgang bleibt bei der Heilung der erwähnten Fracturen erspart.

Endlich spricht R. die Vermuthung aus, dass die gleichfalls von Charcot behauptete Häufigkeit spontaner Luxationen bei Tabetikern auf einem Irrthum beruhe, veranlasst durch eine Verwechslung von Luxationen mit Fracturen der Epiphysen. Während Charcot keinen Obductionsbefund aufzuweisen hat, bringt er einen Fall bei, in dem bei einem Tabetiker eine intra vitam diagnosticirte spontane luxatio humeri sich bei der Autopsie als Fractur des caput humeri auswies. —

Gegen diese letzte Bemerkung R.'s wendet sich J. und rectificirt ihn dahin, dass Charcot allerdings drei Leichenbefunde von Gelenkaffectionen bei Tabetikern veröffentlicht habe. Bei zweien handelte es sich um destruirende Gelenkaffectionen des Schulter- und Kniegelenks mit Spontanluxationen. In einem dieser Fälle wurden übrigens auch die Nerven des erkrankten Gelenks untersucht, ohne dass jedoch andere Veränderungen in ihnen gefunden wurden, als sie die übrigen Nerven der Extremität zeigten. Hingegen fanden sich in dem Falle von Schulterluxation Veränderungen der Vorderhörner der grauen Substanz im Cervicaltheile des Rückenmarks auf der Seite der Gelenkaffection. Sollte sich dieser Befund wiederholen, so würde es nahe liegen, die Atrophie und Resorption des Knochengewebes der spinalen Muskelatrophie an die Seite zu setzen.

Lichtheim (Breslau).

Ernst Frey. Ein Beitrag zur Casuistik der multiplen Exostosen.

(Inaug.-Diss. Dorpat. 1874. 54 S. und eine lithogr. Tafel.)

Ein 26jähriges, sonst vollkommen gesundes, mit mehreren gesunden Geschwistern von gesunden Eltern abstammendes Bauermädchen litt seit ihrem 3. Jahre an immer weiter sich ausbreitenden Exostosenbildungen, die, abgesehen von Bewegungsstörungen, sonst keine Beschwerden verursachten. Kopf, Wirbelsäule und Becken sind frei, dagegen finden sich an beinahe sämmtlichen übrigen Knochen des Skeletts »zahlreiche Hervorragungen von knochenharter Consistenz

und unregelmässiger, zum Theil stalactitenförmiger Oberfläche«, von sehr verschiedener Grösse, im Ganzen wohl 30. Die Exostose am oberen Ende des rechten Femur ist am umfangreichsten, kindskopfgross; diese und eine Exostose an der ersten Phalanx des rechten Zeigefingers sind auf der beigegebenen Tafel abgebildet. An den grösseren Röhrenknochen sitzen die Exostosen fast überall am Epiphysenende derselben, die Gelenke sind intact. Irgend welche ätiologische Momente (Rhachitis, Syphilis, Scrophulose) konnten nicht nachgewiesen werden.

Im Anschluss hieran referirt Verf. noch über 32 mehr oder weniger ähnliche Fälle, die sich in der Literatur zerstreut finden, und stellt aus ihnen — indem er die Fälle von vereinzelter Exostosenbildung am Schädel, von Myositis ossificans und von anderweitiger Hypertrophie von Knochen ausdrücklich ausschliesst — ein kurzes Krankheitsbild zusammen. Heredität und jugendliches Alter spielen eine hervorragende Rolle bei dieser eigenthümlichen Erkrankung. Charakteristisch ist das symmetrische Auftreten der Exostosen, bemerkenswerth das meist stärkere Ergriffensein der rechten Körperhälfte und dass in den meisten Fällen der Schädel frei von Exostosen ist. Obgleich die Neubildungen vielfach an den Epiphysenknorpeln und in der Nähe derselben sitzen, wenn sie ferner auch manchmal knorpelartig oder knöchern und mit Knorpel überzogen sind, so darf man der Rhachitis, welche man vielleicht mit der Erkrankung in ätiologische Verbindung bringen könnte, doch nur die Rolle einer Gelegenheitsursache zuschreiben. Auch die deformirende Gelenkentzündung steht mit dem vorliegenden Leiden nicht in Zusammenhang. Dagegen ist es sehr wahrscheinlich, dass die multiple Exostosenbildung auf einer, durch ursprüngliche Anlage gegebenen, Wachsthumsstörung beruhe. Die Exostosen bilden sich schmerzlos, unmerklich, und stetig, so lange das Wachsthum dauert, um dann schliesslich zu einer gewissen Zeit still zu stehen. Entstehen ähnliche Neubildungen erst im späteren Alter unter modificirten Erscheinungen, so muss man die Verwandtschaft der Enchondrome und knorpligen Exostosen im Auge behalten.

Endlich wird für die beschriebene Krankheitsform der Name Exostosis cartilaginea multiplex infantilis vorgeschlagen.

A. Bidder (Mannheim).

Dr. John Zahn aus Chicago. Ein Sarcoma alveolare epithelioides der Lymphdrüsen des Halses.

(Archiv der Heilkunde Jahrg. 15. Heft 2. pag. 143—149.)

Verf. untersuchte eine Drüsengeschwulst, welche bei einem 35jähr. Schuhmacher ohne bekannte Veranlassung auf der linken Seite des Halses entstanden war und in der chirurgischen Klinik zu Tübingen exstirpirt wurde. Bald hatte sich indessen ein Recidiv eingestellt;

zugleich erkrankten auch die Drüsen der linken Leistengegend und ein Jahr nach dem ersten Auftreten der Geschwulst starb der Kranke. — Die kindskopfgrosse Masse besteht aus einzelnen, hühnereigrossen, durch lockeres Bindegewebe zusammengehaltenen Tumoren von dem gewöhnlichen Aussehen der Lymphosarcome. Auf dem Durchschnitt erkennt man aber 2 verschiedene Gewebsmassen: die eine, die sich besonders in der Nähe der Kapsel und der grösseren Septen befindet, zeigt einen alveolären Bau, die andere hat ein homogenes Aussehen. Die Grenze zwischen beiden ist theils scharf, theils verwischt. Die mikroskopische Untersuchung lehrt, dass die erstere aus Alveolen besteht, welche mit Protoplasmamasse gefüllt sind, in der sich zahlreiche grosse, schöne ovale Kerne, ähnlich denen der Epithelien, finden; diese und ihre glänzenden Kernkörperchen zeigen vielfach eine von den letzteren ausgehende colloide Metamorphose. Der andere, homogene Theil der Geschwulstmasse bietet bedeutende Veränderungen des adenoiden Gewebes dar. Das Reticulum ist theils feinkörnig zerfallen, theils nicht vorhanden. Der Kern der Lymphkörperchen ist verschwunden, und die letzteren sind nach Verlust ihrer runden Form »zu unregelmässigen, etwas matt glänzenden Schollen umgewandelt«. In diese Schollenmassen treten von den hyperthrophischen Trabekeln und den Alveolenwänden der fertigen Neubildung her Bindegewebszüge; es finden sich zahlreiche Stellen, wo die Alveolen schon fertig sind, ohne dass die ausfüllende Schollenmasse eine Veränderung erfahren hat. Dies wird besonders als Gegensatz zur Carcinomentwicklung betont. — Verf. nimmt also an, dass diese Schollen sich in das kernführende Protoplasma des ersterwähnten Gewebes, welches das fertige Neoplasma darstellt, umwandeln. Die Zellen des letzteren seien von Lymphkörperchen herzuleiten und nicht von den Endothelien der Lymphbahnen oder von Granulationszellen, resp. Bindegewebskörperchen der Alveolenwände. Nachdem Verf. seine Ansicht über die Entwicklung des Tumors näher erläutert hat, betont er besonders, »dass unter wechselnden Ernährungsbedingungen eingreifender Art eine Zelle ihren Kern einbüssen und wieder durch Differenzirung erhalten kann«. In vorliegendem Falle sei die Ursache der Geschwulstbildung wohl in einem fermentartigen, in der Säftemasse circulirenden Stoffe zu suchen, wofür auch die Affection der fernliegenden Lymphdrüsen der Leistengegend spreche. Den Namen: Sarcoma alveolare epithelioides wählt Verf., weil damit am besten der anatomische Charakter und die Entstehung des Tumors gekennzeichnet sei.

A. Bidder (Mannheim).

Dr. Oscar Giacchi. Etiologia e profilassi della angina difterica.

(Lo Sperimentale Anno 1874. Fasc 3. p. 235—248).

Nach den Beobachtungen, welche Verf. in den verschiedenen Dörfern seines Bezirkes machte, soll ein inniger Zusammenhang

zwischen der Rebenkrankheit und der Wucherung des Diphtheritispilzes bestehen, insofern als letzterer nur dann und nur dort vorkam, wo die erstere sich schon etablirt hatte.

Auch der Genuss des Schweinefleisches kann zur Entwicklung der Diphtherie Veranlassung geben; Verf. sah die schon seit längerer Zeit erloschene Epidemie wieder auflodern, nachdem viele junge Schweine an Diphtherie erkrankt waren.

Endlich blieben jene Dörfer constant verschont, in welchen das vorwiegendste Nahrungsmittel Kastanienpolenta bildet. Die Kastanienfrucht enthält Gerbsäure und es ist möglich, dass durch diese die Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle widerstandsfähiger werde. Es sei bekannt, dass auch Individuen, welche oft an Tonsillitis litten, insbesondere jene, bei denen es zur Abscedirung der Tonsillen kam, in der Regel von Diphtherie verschont bleiben. Die grössere Resistenz der Schleimhäute erklärt auch das relativ seltene Auftreten der Krankheit bei Erwachsenen. Bei Säuglingen und in der Zahnperiode sei die Diphtherie selten, weil hier die Buccalschleimhaut hyperaemisch geschwellt und dadurch resistenter sei.

Diese letzte Erklärungsweise lässt sich schwer vereinen mit der gleich darauf folgenden Bemerkung, dass Nasen-, Rachen- und Trachealkatarrh sehr zur Diphtherie praedisponiren.

Gerber blieben von der Ansteckung frei, wie sie überhaupt von vielen Contagien, selbst von der Bubonenpest frei blieben. Darum empfiehlt G. zur Prophylaxe Gargarismen mit concentrirter Tanninlösung. Es ist ihm dadurch gelungen, in Familien, welche von einem Krankheitsfall betroffen waren, die übrigen Kinder gesund zu erhalten.

Auch die Arbeiter (darunter viele Kinder) in Phosphorfabriken blieben verschont, wahrscheinlich durch die Einwirkung der schwefligsauren Dämpfe.

Interessant ist die Beobachtung des Verf., dass in Fällen, in denen Continuitätstrennungen irgendwo am Körper bestehen, die Diphtherie sich an den Wunden und nicht in der Rachenhöhle localisirt. Bei einem neugeborenen Kinde, dessen Mutter und Geschwister an Diphtherie sterbend lagen, wurde die Nabelwunde diphtheritisch.

Menzel (Triest).

Dr. Agostino Paci, Primarchirurg in Sarzona. Ueber hernia subpubica (obturatoria).

(Lo Sperimentale 1874. Fasc. 3, pag. 248—271.)

Nach einer historischen Uebersicht der wichtigsten Beobachtungen von hernia subpubica (seit Garangeot ungefähr 70) beschreibt P. einen einschlägigen Fall. Derselbe betraf ein 90jähriges Weib, welches ziemlich plötzlich Einklemmungserscheinungen darbot. Es fand sich eine linksseitige äussere Leistenhernie vor, welche ohne besondere

Mühe reducirt werden konnte. Doch das Kothbrechen, Meteorismus etc. dauerten fort, der Collaps nahm zu und Patientin verschied am 7. Tage der Erkrankung. Bei der Section fand sich eine nussgrosse, rechtsseitige hernia obturatoria vor. Der mit dem Bruchsacke innig verlöthete Darm war, entsprechend dem Einklemmungsringe, gangränös und eröffnet, so dass die Kothmassen sich in die Bauchhöhle ergossen hatten.

Aus der Vergleichung der bisher beobachteten Fälle gelangt Verf. zu folgenden Schlusssätzen:

Die Hernia for. obt. ist aus anatomischen Gründen ungemein selten. Sie ist häufiger bei Weibern, vorzüglich wegen der grössern Beckenweite und der beträchtlicheren Lichtung des for. obturat.

Sie wurde öfters rechts als links beobachtet, vorwiegend bei alten Leuten, niemals bei Kindern.

Die Diagnose ist in der Regel überaus schwer. Oft wurde sie als hernia cruralis angesehen. Das wichtigste Symptom, eine leichte Anschwellung, eventuell eine fühlbare Geschwulst an der Innenseite der Schenkelgefässe, ist beiden Hernien gemeinsam. Der Unterschied zwischen beiden besteht in der Tiefe der Geschwulst, indem die h. obturatoria hinter, die cruralis vor dem musc. pectineus liegt. Ein weiteres Symptom ist ein an der Innenseite des Schenkels bis zum Knie, eventuell bis zur grossen Zehe ausstrahlender Schmerz. Dieser rührt vom Drucke der Hernie auf den nerv. obturat. her und nimmt bei Druck auf die Hernie zu. Endlich ist die Untersuchung per rectum et vaginam von der grössten Wichtigkeit. Was die Therapie anlangt, so muss zunächst die Taxis versucht werden, welche in manchen Fällen zum Ziele geführt hat. Gelingt die Taxis von aussen her nicht, so soll man durch Eingehen mit der ganzen Hand in Vagina oder Rectum die Schlinge von hier aus zu erfassen und nach innen zu ziehen trachten. Gelingt auch dies nicht, so muss man zur Herniotomie schreiten. Nach Forget ist es am sichersten, den einklemmenden Ring schräg nach unten und innen zu erweitern, da bei dieser Schnittrichtung die Gefässe und Nerven trotz der grossen Variabilität ihrer Lage stets vermieden werden. **Menzel** (Triest).

Case of thoracic aneurysm, treated by galvano-puncture. Fatal result.

(Med. tim. and gaz. 1874. Jan. 17.)

Joseph K., 41 Jahr alt, litt seit einem Jahre an heftigen Schmerzen vorn in der Brust. Ueber dem rechten Sternalrande, an der Vereinigung mit der zweiten Rippe, zeigte sich eine weiche und sichtbar pulsirende Hervorragung, die als Aneurysma diagnosticirt werden konnte. Da dasselbe rasch wuchs, die Haut darüber immer dünner wurde und sich zu röthen anfing, wurde ein Heilungsversuch mit der

Galvanopunctur beschlossen. Vom 28. August bis 28. October wurde dieselbe 9 Mal vorgenommen; anfangs wurde nur der positive Pol mit einer Nadel in Verbindung gebracht, der negative dagegen mit einer kleinen Zinkplatte, die mit einem angefeuchteten Schwamme bedeckt, auf dem Sternum, nahe der Geschwulst, aufgesetzt wurde. Später führte man, mit besserem Erfolge, zwei Nadeln ein, endlich wieder nur eine, während die andere Electrode in die linke Hand gegeben wurde. Die Sitzungen dauerten von anfangs $1/2$ bis zu $1 1/2$ Stunden. Der unmittelbare Erfolg war immer gut. Der Tumor fühlte sich immer härter an, pulsirte weniger und machte entschieden viel weniger Schmerz. Der Nutzen ging aber immer bald wieder verloren, die Haut wurde dünner, röther und ödematös, und nachdem schon am 1. November blutiger Eiter aus zwei kleinen Oeffnungen hervorgetreten, erfolgte am 4. Nvbr. eine heftige Blutung, am 5. eine zweite, der der Tod folgte. — Die Section ergab nichts besonders Bemerkenswerthes. **Schede** (Halle).

Mr. Birkett (Guy's hospital). Popliteal aneurysm in right limb cured by pressure.

(Med. tim. and gaz. 1874. March 7.)

Die Compression wurde bei einem 47jährigen Manne mit Hülfe verschiedener Tourniquets in der Continuität ausgeführt; sie fand 3 Mal durch resp. 9, 11 und 15 Stunden hindurch statt. Die Heilung war eine vollkommene. 7 Jahre früher war derselbe Kranke durch die Ligatur der Femoralis von einem Aneurysma der linken Poplitea befreit worden. **Ranke** (Halle).

Richard Quain. Clinical observations. Aneurysm of the radial artery.

(Med. times and gazette 1874. Jan. 21.)

Verf. beobachtete bei einem 67jährigen Manne ein Aneurysma der arteria radialis in der Grube zwischen den Sehnen der Daumenextensoren. Der Tumor war vor einem Monat entstanden und hatte die Grösse des Nagelgliedes eines kleineren Fingers. Die Diagnose war zum Ueberfluss durch die Acupunctur festgestellt. Die (erfolgreiche) Behandlung bestand in directer Compression mittelst Bindeneinwicklung und Compresse und der Anwendung eines ringförmigen Compressoriums mit seitlich verschiebbaren Pelotten für die Compression der radialis und ulnaris am Vorderarm. **Schede** (Halle).

Clinical Society, Friday, January 9.

(Med. times and gazette 1874. Jan. 17.)

Dr. Powell macht darauf aufmerksam, dass Aortenaneurysmen vielleicht dadurch entstehen könnten, dass eine Endocarditis bei rheumatischen Fiebern auf die Aorta übergreife und die Wandungen weniger widerstandsfähig mache. Er glaubt auf diese Weise die Entstehung eines Aortenaneurysmas bei einem 17jährigen Menschen erklären zu müssen, der 6 Jahre vorher zweimal Anfälle von acutem Gelenkrheumatismus gehabt hatte. — Eine andere Ursache sei die Insufficienz der Aortenklappen. In Folge des erhöhten Druckes in der Aorta entstehe atheromatöse Entartung, die zum wirklichen Aneurysma führe. Er führt zwei Fälle an, bei welchen diese Entstehungsweise wahrscheinlich war. **Schede** (Halle).

Dr. F. Busch in Berlin. Ueber Perforation des Oesophagus durch fremde Körper.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. Hft. 1.)

Bei einem Manne perforirte ein verschlucktes Knochenstückchen den Oesophagus, gelangte am 3. Tage unter hochgradigen dyspnoëtischen Erscheinungen durch das hintere Mediastinum in den linken Pleurasack und führte zu einem Pyopneumothorax. Dieser wurde am 8. Tage durch Thoracocentese mit Schnitt operirt, und Patient schliesslich vollkommen geheilt, ohne dass jedoch das Knochenstückchen zu Tage gekommen wäre.

B. fand in der ausgezeichneten Zusammenstellung von Adelmann über fremde Körper im Oesophagus nur 3 Fälle von Perforation in die Pleurahöhle ohne directe Mitleidenschaft des Lungengewebes, welche aber alle tödtlich endeten. — Zum Schluss theilt B. noch einen 2. Fall mit, in dem eine gleiche Perforation bei einem 53jährigen Manne zu einem am 10. Tage tödtlichen, rechtsseitigen Pyopneumothorax führte; auch hier konnte das perforirende Knochenstück bei der Section nicht aufgefunden werden. Ein letzter 3. Fall betrifft einen 26jährigen Mann, bei dem sich bei der Section das verschluckte Knochenstück im Mediastinum posticum fand; letzteres war verjaucht, in der rechten Lunge Infarcte und Abscesse. — In allen diesen Fällen fehlte ein Emphysem, welches bei der durch Erbrechen erfolgten Ruptur des Oesophagus als pathognomonisch angegeben wird. Ueberhaupt fand es sich in den 60 von Adelmann zusammengestellten Fällen von Perforation nur 4 Mal. **Maas** (Breslau).

Chr. Heath. On cases of Colotomy.

(Medical times and gazette 1874. March 14.)

H. glaubt, dass die Operation, die bisher bei Verengerungen des Mastdarms nur als eine letzte Zuflucht betrachtet wurde, häufiger und

in früheren Stadien ausgeführt werden sollte. Als Indicationen stellt er auf: 1) Nicht mehr exstirpirbares Carcinom des Rectum's (grosse Erleichterung der Kranken — bedeutende Verlängerung des Lebens). 2) Sehr ausgedehnte syphilitische Ulcerationen des Rectum's, die sonst kaum zu heilen seien. 3) Communication von Blase und Mastdarm.

Lange dauernde Verstopfung vor der Operation verschlechtert die Prognose sehr, da sie die Kräfte des Kranken erschöpft. Die Darmincision macht H. horizontal, im Uebrigen operirt er in der gewöhnlichen Weise. Die späteren Beschwerden der Patienten sollen gering sein. Unter 12 Fällen erreichte er 7 Heilungen. Ein tödtlicher Ausgang erfolgte 3 Mal nach vorhergehender langdauernder Verstopfung, einmal bei sehr ausgedehntem Carcinom, einmal durch Consumption bei Lues.

Die genauer beschriebenen vier Fälle des letzten Jahres betrafen: 1) Eine 27jähr. Frau mit syphilitischen Ulcerationen. Heilung. 2) Eine 51jähr. Frau mit carcinoma recti. Tod 14 Stunden nach der Operation; keine Peritonitis. 3) Eine 32jähr. Frau mit carcinoma recti: Heilung. 4) Eine 26jähr. Frau, carcinoma recti, Tod durch Perforationsperitonitis, unabhängig von der Operation, am 17. Tage.

H. hebt besonders den günstigen Einfluss der Colotomie auf das Wachsthum der Mastdarmcarcinome hervor, welches durch das Ab halten der fortwährenden Reizung entschieden verlangsamt werde.

Ranke (Halle).

Dr. A. Weil in Heidelberg. Ueber das Vorkommen des Milztumors bei frischer Syphilis. Vorläufige Mittheilung.

(Centralblatt für d. med. Wissenschaften 1874. No. 12, pag. 177—179.)

Milztumoren sehr verschiedener Art sind in späteren Stadien der Syphilis mehrfach beobachtet worden. Verf. konnte aber »das Vorhandensein einer beträchtlichen Anschwellung der Milz noch während des Bestehens der primären Induration in 3 Fällen durch Palpation und Percussion constatiren«.

Die Breite der Dämpfung in der Axillarlinie war 10—12 Cm. In einem Falle bestand schon seit 4 Wochen ein maculöses Syphilid, in den beiden andern Fällen brach das Exanthem erst 3—4 Wochen nach Aufnahme in's Spital aus. In Folge antisyphilitischer Behandlung verschwand die Milzschwellung bald vollständig, worin Verf. eine weitere Bestätigung der syphilitischen Natur derselben sieht, indem er zugleich die Meinung ausspricht, dass der Milztumor hier eine ähnliche Bedeutung hätte, wie bei Typhus, Intermittens etc., d. h. Symptom der Infection der gesammten Blutmasse sei. In Bezug auf die klinische Verwerthbarkeit dieses acuten Milztumors, der wohl »sein anatomisches Substrat in Hyperämie und Vermehrung der zelligen Elemente der Pulpa hätte« wird auf eine noch zu erwartende ausführliche Arbeit hingewiesen. **A. Bidder** (Mannheim).

Royal medical and chirurgical Society, Jan. 13.

(Med. tim. and gaz. 1874. Jan. 24.)

Mr. Le Gros Clark berichtet über einen Fall von wahrem Adenom der Mamma. E. H., 24 Jahr alt, bemerkte mit 16 Jahren eine Anschwellung der Brust, die ohne Schmerzen immer mehr zunahm. Die Hauptmasse des Tumors lag unter der Warze, die ganze Masse mass $26^1/_2$" im Umfang. Operation am 4. Decbr. 1873. Die eigentliche Drüse war vom Tumor fast völlig getrennt und wurde nur theilweise entfernt. Der Tumor wog 8—9 Pfd., war ein Adenoid und glich auf dem Durchschnitt durchaus dem normalen Mammagewebe. Im Innern befand sich eine grosse Höhle, etwa 24 Unzen dicke rahmige Milch enthaltend. Auch mikroskopisch erwies sich der Tumor als wahres Milchdrüsengewebe. Die Patientin wurde geheilt.

Schede (Halle).

Alexander Selenkoff. Ein Beitrag zur Casuistik der Osteomyelitis spontanea diffusa.

(Inaugur.-Dissert. Dorpat 1874; 47 S. mit 2 Farbendrucktafeln.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Osteomyelitis spontanea diffusa, welche im Verlaufe von 1 bis $3^1/_2$ Monaten zum Tode führten. Ein Patient starb an profuser Eiterung, ein anderer an Pyämie und ein dritter an Pyämie nach Amputation des Oberschenkels. Im Uebrigen ist erwähnenswerth, dass sich 2 Fälle durch die Multiplicität des Processes auszeichneten (Femur, Tibia, einmal noch d. os metatarsi II), dass sich ferner bei einem Patienten nicht die geringste Gelenkaffection zeigte, obgleich der krankhafte Process bis in die Epiphyse vorgerückt war, dass in einem Falle gar keine, in den anderen nur unvollkommene Epiphysenlösung vorhanden war und dass endlich in allen ziemlich frühzeitige Incisionen in die vom Knochen ausgehenden subcutanen und intermusculären Abscesse gemacht wurden.

A. Bidder (Mannheim).

Dr. Paul Gueterbock in Berlin. Ueber spontane Luxationen und einige andere Gelenkkrankheiten bei Ileotyphus.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. Heft 1.)

G. theilt von den als Complicationen bei Typhus vorkommenden Gelenkerkrankungen einen Fall von Polyarthritis pyaemica mit, welche bei einem jungen Mädchen nach der 4. Woche des Typhus unter Schüttelfrösten im linken Schultergelenke, dann im linken Hüftgelenke auftrat und in Heilung überging. — Einen 2. Fall von polyarticulärer, rheumatischer Affection beider Fussgelenke im Beginn eines

Typhus referirt Verf. nach Mittheilungen von T. Simon. Schliesslich wird noch 1 Fall einer typhösen Spontanluxation des linken Hüftgelenks (lux. iliaca) besprochen, welche vom Verf. in der 9. Woche des Typhus bei einem 10jährigen Knaben erkannt und von Wilms nach der Flexionsmethode reponirt wurde. Der Pat. hatte im Verlauf seiner Erkrankung seröse Ergüsse in mehreren Gelenken gehabt. — G. fasst diese Spontanluxationen wohl mit Recht wie Roser als Distentions-Luxationen auf. In einer Anmerkung wird noch kurz ein Fall von Lux. subcorac. humeri, in der 4. Woche eines Typhus bei einem Soldaten entstanden, nach Mittheilungen von Meyerhoff angeführt. **Maas** (Breslau).

Prof. Ernst Blasius in Halle. Ueber die traumatische Luxatio femoris supracotyloidea.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. Heft 1.)

B. hat in einer Dissertation 19 Fälle von traumatischer und spontaner Luxatio femoris supracotyloidea zusammenstellen lassen; nach dieser Zeit sind noch 2 Fälle von Sistach und Reeve beschrieben worden, es existiren ferner 4 Präparate, welche mit Bildung einer neuen Pfanne diese Verrenkung zeigen. — Nach einer sehr sorgfältigen Beschreibung aller bei dieser Luxation in Betracht kommenden Verhältnisse theilt B. 2 eigene Beobachtungen mit:

Fall 1. Eine 43jährige Frau gerieth in eine Dreschmaschine und zeigte 5 Tage später folgende Symptome: rechte untere Extremität verkürzt (1 Zoll), stark nach aussen rotirt, leicht adducirt. Knie- und Hüftgelenke sind leicht flectirt, der Schenkelkopf nach aussen von der Spin. ilei ant. infer. fühlbar, weiter nach hinten der Trochanter major. — In der Chloroformnarkose verwandelte sich bei starker Flexion, Extension und Rotation nach innen die Luxat. supracotyloidea in eine iliaca, deren Reposition erst am folgenden Tage gelang. Der Schenkel blieb aber etwas verkürzt; eine dauernde Crepitation liess auf gleichzeitigen Bruch des Pfannenrandes schliessen. Pat. konnte später mit Hülfe einer Krücke gehen.

Fall 2. Eine 63jährige Frau fiel bei abducirtem Schenkel auf die linke Seite. Der linke Oberschenkel war ganz nach Aussen rotirt, 1 Zoll verkürzt, der Trochanter sprang weit nach aussen hervor; über der Pfanne zwischen dem horizontalen Schambeinaste und der Spin. ilei ant. sup. fühlte man den Schenkelkopf. Die Reduction gelang in der Chloroformnarkose bei mässiger Flexion im Hüftgelenke in leichter Adductionsstellung, Extension und starken Druck auf den Trochanter; Pat. wurde nach 22 Tagen geheilt entlassen.

Maas (Breslau).

Guiseppe Ponzoni. Luxation des Femur auf das Foramen ovale.

(Gazz. med. ital. Lomb. 1874, No. 12.)

Ein Baumstamm fiel einem 53jähr. Mann, während er mit ausgespreitzten Beinen dastand, auf die Lendengegend und verursachte eine rechtsseitige Luxation auf das Foramen ovale. Sie bot die typischen Symptome dar und wurde mit Leichtigkeit ohne Narkose reducirt, indem der Schenkel gebeugt, dann abducirt (zur Erschlaffung des lig. Bertini), dann adducirt (um den Kopf unter den Pfannenrand zu bringen) und endlich erhoben und gestreckt wurde (um den Kopf über den Pfannenrand in die Pfanne zu befördern). Die Adduction darf nicht bis über die Mittellinie des Körpers getrieben werden, indem sonst leicht der Kopf nach hinten luxirt. **Menzel** (Triest).

Leisrink. Mittheilungen aus der poliklinischen und privaten Praxis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. IV. Heft I.)

I. Luxation beider capitula radii nach vorn, entstanden bei der Geburt, am linken Arme complicirt mit einer habituellen Luxation der Ulna nach hinten.

Bemerkenswerth ist hierbei das doppelseitige Vorkommen — das Radiusköpfchen bildete an der Stelle der Furche zwischen M. supinator long. und der Biceps-sehne eine deutliche Prominenz —, ferner die nahezu gar nicht beeinträchtigte Flexion und Extension. —

II. Bemerkungen über die Entzündung der Mamma bei jungen Männern. (Enthalten nichts Neues. Ref.). —

III. Unterbindung der Art. tibialis antica mit Zuhülfenahme des Esmarch'schen Apparates. —

Ein 30jähriger Landmann hatte sich durch eigenes Ungeschick sein Taschenmesser in die vordere Fläche des rechten Unterschenkels gestossen. Heftige Blutung durch Bindencompression gestillt. Am 9. Tage wurde die Unterbindung der Art. tibial. antica, welche im oberen Drittel verletzt war, unter Zuhülfenahme des Esmarch'schen Verfahrens zur Herstellung der künstlichen Blutleere, mit grosser Leichtigkeit ausgeführt, ein neuer Beleg für die Vortrefflichkeit des genannten Verfahrens. **Fr. Steiner** (Wien).

Oppizzi Gerolamo. Lithotripsie bei Kindern.

(Gazz. med. ital. Lomb. 1874. No. 4.)

Ein Mädchen von 5 Jahren und ein Knabe von 6 Jahren, beide steinkrank, wurden von Prof. Porta durch Lithotripsie in je 3 Sitzun-

gen geheilt. Der grösste Durchmesser des Steines beim Knaben betrug $1^1/_2$ Cm. Derselbe bestand aus Phosphaten. Der Verlauf war in beiden Fällen überaus günstig. **Menzel** (Triest).

S. G. Stevens. Ovariotomy under difficulties.

(Medical times and gaz. 1874. March 7.)

Verf. unternahm in den Hinterwäldern Südamerika's bei einer 40jährigen Frau eine Ovariotomie, die durch den Gebrauch der primitivsten Instrumente und den Mangel jeder sachkundigen Assistenz interessant ist. Ein Stück zugespitztes Bambusrohr diente z. B. als Troikar. Der feste Theil der multiloculären Cystengeschwulst wog etwa 13 Pfund und wurde mit Hülfe der Kephalotribe hervorgeholt. Es folgte gar keine fieberhafte Reaction und die Patientin war bald vollständig geheilt. **Ranke** (Halle).

J. Personne und **Carville.** Neue Verwendung des Chloralhydrates.

(Bulletin de la Société de biologie 1874. fevrier 7.)

C. zeigte an einem Hunde, dem $1^1/_2$ Liter einer Chloralhydratlösung (20 : 100) in die A. carotis injicirt worden war, die vorzügliche Conservirung des Cadavers. P. hatte zuerst darauf hingewiesen, dass das Chloralhydrat mit den Eiweisssubstanzen eine Verbindung eingehe, die der Fäulniss nicht unterliegt. (Nicht allein für die Zwecke der Einbalsamirung und Conservirung von Präparaten, sondern voraussichtlich auch bei übelbeschaffenen Wunden, dürfte hiernach das Chloralhydrat mit Nutzen seine Verwendung finden, meint hierzu der Reporter der Gaz. hebdom.) **Fr. Steiner** (Wien).

Prof. Caesar Paoli. Zwei Fälle von Urinretention. Schwierige Diagnose.

(Lo Sperimentale 1874. Fasc. 1, pag. 62—72.)

Bei beiden Kranken, zwei älteren Herren, reichte die Blase bis zum Nabel, doch wurde die Natur der Geschwulst verkannt und zwar vorzüglich deshalb, weil der Schall über der Symphyse tympanitisch war und erst gegen den Nabel hin leer wurde und weil die Patienten normale Harnmengen entleerten. Einer derselben schleppte sich 4 Jahre lang mit seiner bis zum Nabel ausgedehnten Blase umher, bis P. den Katheter einlegte und ihn dadurch ebenso, wie den andern Kranken von seiner Geschwulst heilte. **Menzel** (Triest).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 8. **Sonnabend, den 23. Mai.** **1874.**

Ausmeisslung des Calcaneus bei Pirogoff'scher Operation.

Von

Prof. **Lücke.**

Dr. Schede erwähnt in seiner Arbeit über partielle Fussamputationen (Sammlg. klin. Vorträge No. 72—73) auch einiger Fälle, wo bei der Durchsägung des Calcaneus der zurückgelassene Fersentheil noch krank gefunden wurde, so dass man nun zu Modificationen der Operation schreiten musste.

Das erste Mal, wo mir dieses Missgeschick begegnete, entschloss ich mich, den Rest des Knochens herauszunehmen, also aus dem Pirogoff einen Syme zu machen. Dieser Fall ist von Herrn Dr. Dardel beschrieben worden (Berl. klin. Wochenschrift 1866, S. 496 f.). Als mir in der Berner Klinik dasselbe im Jahre 1870 geschah, bei einer alten Frau, entschloss ich mich kurz, die kranken Partien mit dem Hohlmeissel auszukratzen und es trat eine vollkommene Heilung

ein, prima intentio insofern, als die Fersenkappe sofort anheilte. Leider kann ich genauere Daten aus der Krankengeschichte jetzt nicht beibringen.

Zwei weitere Fälle sind mir in Strassburg vorgekommen:

Louise Ambiehl, 17 Jahre alt, wurde am 17. März 1873 operirt; es fand sich ein centraler Eiterheerd im Rest des Calcaneus, dessen Knochensubstanz mit dem Hohlmeissel bis auf eine derbe, periphere Schicht entfernt wurde. Der Lappen heilte prima intentione an; die Tiefeneiterung war sehr nnbedeutend, doch traten einige Senkungen an den Sehnenscheiden auf. Schon im Juni konnte ein fester knöcherner Widerstand im Stumpf constatirt werden, Ende Juli fing die Kranke an, sich auf den Stumpf zu stützen und besass die vollkommenste Gebrauchsfähigkeit, als sie Ende August aus dem Spital entlassen wurde.

Louise Reichstädt, 53 Jahr alt. Die Pirogoff'sche Operation wird am 24. Juli 1873 ausgeführt; Abscess im Calcaneus-Rest, Ausmeisselung; starke Knochenblutung, welche durch Tamponade gestillt wird. Auch hier wird die erste Vereinigung des Hackenlappens erreicht, doch blieb einige Zeit eine lebhaft eiternde Knochenfistel bestehen; ein Erysipelas intercurrirte, doch war schon am 30. August eine Knochenbildung zu constatiren und am 15. September war die Heilung vollendet. Die Patientin wurde Anfang November mit einem zur Stütze völlig brauchbaren Stumpf entlassen.

Wie das von Schede nach den bereits vorliegenden Fällen von Lowe und Paikert vorausgesetzt wird, bewährt sich das Verfahren, den kranken Calcaneus-Rest gegebenen Falls auszumeisseln, vollkommen; man wird in keinem Falle, wie ich das früher gethan habe, zur Umwandlung des Pirogoff in einen Syme zu greifen haben. Das zurückgelassene Periost thut seine Pflicht vollkommen; in allen drei von mir berichteten Fällen wurde eine derartige Knochenneubildung producirt, dass der Stumpf von einem in der gewöhnlichen Weise operirten nicht zu unterscheiden und auch in ganz gleicher Weise gebrauchsfähig war.

Th. Billroth. Untersuchungen über die Vegetationsformen von Coccobacteria septica und den Antheil, welchen sie an der Entstehung und Verbreitung der accidentellen Wundkrankheiten haben. Versuch einer wissenschaftlichen Kritik der verschiedenen Methoden antiseptischer Wundbehandlung.

Berlin. G. Reimer. 1874.

Die zufällig gemachte Beobachtung, dass durch Auflegen von getrockneten, in Milch gekochten Feigen der furchtbare Gestank eines Krebsgeschwürs der Mamma bedeutend verringert wurde, wohl noch mehr aber das lebhafte Interesse, mit welchem der Verf. die Arbeiten von Hallier über den Fäulniss- und Gährungsprozess,

sowie von Hüter und Tomasi über den Diphtheritis- und Hospitalbrandpilz verfolgt hatte, veranlassten ihn, schon im Jahr 1868 die grosse Reihe von Untersuchungen aufzunehmen, welche heute in obigem Werke uns mitgetheilt werden und welche trotz einer fünfjährigen rastlosen Arbeit doch — nach des Autors eigenen Worten — nur ein Fragment bilden; aber nichtsdestoweniger ein Werk, gross, bedeutend, reich an neuen, folgeschweren Beobachtungen. —

Die beiden ersten grossen Abschnitte des Werkes bilden den botanischen Theil der Untersuchungen über Coccobacteria septica. Mit der Schilderung der verschiedenen, kleinsten pflanzlichen Organismen, wie sie sich in faulenden Geweben, Gewebsflüssigkeiten und Secreten des Thierleibes vorfinden, beginnend und ihre Gestaltveränderungen und Entwickelungsgeschichte mit Hülfe des Mikroskops genau verfolgend, gelangt B. am Ende seiner Untersuchungen zu dem Resultate, dass alle diese Wesen nur verschiedene Vegetationsformen einer und derselben Pflanzengattung, „Coccobacteria" sind, welche in die Gruppe der Oscillarien gehört und damit unter die Algen einzureihen ist. Die einzelnen Vegetationsformen der Coccobacteria septica belegt B. mit einer Reihe von Namen, welche kurz das Charakteristische jedes dieser Gebilde andeuten sollen. Wir können es nicht umgehen, zum bessern Verständniss hier kurz eine Stelle aus B.'s Werk fast wörtlich wiederzugeben: „Coccobacteria septica ist eine Pflanzenart, welche aus theils runden (Coccos), theils stäbchenförmigen (Bacteria) Gliedern von verschiedener, sehr differenter Grösse zusammengesetzt ist. Beide Formen von Gliedern gehen wohl gelegentlich in einander über; doch sind sie bei ihrer Vegetation insofern von einer gewissen Constanz, als eine Zeit lang Coccos durch Streckung und Querfurchung meist wieder Coccos, Bacteria auf gleiche Weise meist wieder Bacteria erzeugt. Bei diesem Process der Vermehrung scheiden beide Vegetationsformen eine schleimartige Hülle (Glia) aus; die Vermehrung erfolgt a) an der Oberfläche, so dass dünnste häutige Platten von Coccos oder Bacteria entstehen (Petalococcos, Petalobacteria); b) bei Coccos auch bis in eine gewisse Tiefe in die Flüssigkeit hinein, wodurch die flockigen, wolkigen Formen von Gliacoccos zu Stande kommen. c) Coccos kann sich stark vergrössern, dann wird sein Inhalt durch immer fortschreitende Theilung wieder zu Coccos, die Gliakapsel hüllt das Ganze als Schlauch ein: Ascococcos. In gleicher Weise können sich auch die Bacterien zu Ascococcos umbilden. d) Erfolgt die Streckung mit Durchfurchung, sowohl von Coccos wie von Bacteria, nur in einer Richtung, und wird derselbe entweder in Folge unvollkommener Durchfurchung oder durch die schlauchartige Gliahülle zusammengehalten, so entstehen Coccosketten (Streptococcos) und Bacterienketten (Streptobacteria). e) Sowohl Coccos und Streptococcos, als Bacteria und Streptobacteria zeigen in gewissen Perioden ihrer Entwicklung, wenn sie nicht von zu viel

Glia eingehüllt und nicht zu gross sind, Bewegungen, wie andere Oscillarien''. —

Die ganze Entwickelungsgeschichte der Coccobacteria septica lernte B. erst kennen, nachdem er zufällig die Entwickelungsgeschichte einer andern, der Coccobacteria verwandten Alge, »Siphonomyxa« vollkommen klar ergründet hatte. Durch diese Entdeckung nämlich wurde B. auf Gebilde aufmerksam gemacht, welche er vorher bei seinen mikroskopischen Untersuchungen vollkommen übersehen hatte, nämlich auf die Dauersporen, die wichtigsten Fortpflanzungsorgane der Coccobacteria. Die Reihe der Entwickelungsformen würde sich darnach, in grossen Umrissen, so gestalten:

Dauerspore — Microsporen, Micrococcos — Bacteria — Dauerspore.

Den Schluss des botanischen Theils bilden weitere Untersuchungen, welche sich mit der Stellung der einzelnen Vegetationsformen von Coccobacteria zu den Schimmelpilzen und zu Bier- und Fruchtsaft-Hefe befassen, und welche im Gegensatz zu den Untersuchungen von Karsten und Lüders, als wesentliches Resultat ergeben, dass erstere zu den letzteren in keinem genetischen Zusammenhange stehen.

In dem folgenden 3. Abschnitte werden wir genauer mit dem Material bekannt gemacht, an welchem B. seine Untersuchungen über Coccobacteria septica vorgenommen hat. Dasselbe umfasst a) unsecirte Leichen, b) faulende Gewebsaufgüsse, Gewebe und Secrete, c) Secrete und Gewebe des lebenden Menschen.

a) Die Untersuchungen, vorgenommen an unsecirten Leichen zahlreicher, an den verschiedenartigsten Krankheiten verstorbener Individuen, beziehen sich in erster Linie auf die Durchforschung des Herzbeutelserums nach Vegetationsformen von Coccobacteria septica; dann auf die Untersuchung von Blut, vollständig von der Luft abgeschlossenem Höhleneiter und Cerebrospinalflüssigkeit. Namentlich die Untersuchungen der ersten Reihe sind in grosser Zahl und mit Beobachtung aller Cautelen angestellt und liefern eine Reihe höchst interessanter Resultate, welche, wie die Versuche selbst, im Original nachzusehen sind. Hier wollen wir nur hervorheben, dass B., entgegen den Resultaten, zu welchen Sanderson und Rindfleisch gekommen sind, in diesen Untersuchungen den Beweis zu finden glaubt, dass sich in den meisten Geweben des Körpers (vorwiegend wohl im Blute) entwicklungsfähige Bacterienkeime befinden.

b) Während im Vorhergehenden frisch der Leiche entnommene Gewebe und Exsudatflüssigkeiten lediglich auf das Vorkommen oder Fehlen der Vegetationsformen von Coccobacteria untersucht worden sind, hat B. in diesem Theile sich die äusserst mühevolle Arbeit genommen, zu untersuchen, wie sich Gewebsaufgüsse, Gewebe und Secrete der verschiedensten Art im Stadium der Fäulniss zu dem Vorkommen der fraglichen Organismen verhalten, und so gleichsam eine Scala aufzustellen, die zeigt, welche dieser faulenden Stoffe für

die einzelnen Formen der Alge einen günstigen, welche einen weniger günstigen Standort bieten.

c) Im Folgenden geht B. zu einem der wichtigsten Theile seiner Arbeit über, zu welchem die vorangegangenen Studien grossentheils nur die Vorarbeiten bilden. Kommen auch in den Secreten und Geweben lebender Menschen pflanzliche Organismen vor? welcher Art sind sie? unterscheiden sie sich von den uns bekannten Vegetationsformen von Coccobacteria septica, die in todten und faulenden Geweben und Secreten sich finden, oder sind sie vielleicht mit denselben identisch? — dies sind die Fragen, die B. hier beantwortet.

Fortsetzung folgt. **Krönlein** (Berlin).

Studenski. Zur Lehre von der Entstehung der Harnsteine. Kasan 1873. (Inauguraldiss.)

Auf die Autorität von Neubauer und Vogel — dass der Harn der fleischfressenden Thiere keinen wesentlichen Unterschied vom Menschenharn darbiete und durch eine Beobachtung am Lebenden, wo eine durch das Perineum in die Blase hineingedrungene Nadel die Veranlassung zur Bildung eines Harnsteines wurde — geleitet, unternahm der Verf. eine Reihe von Versuchen an Hunden, um den Einfluss von Fremdkörpern auf die Entwicklung von Lithiasis zu prüfen. Er benutzte vorzüglich Hündinnen, da bei ihnen die Untersuchungen mit dem Katheter leichter ausführbar sind und brachte folgende Gegenstände auf dem Wege des hohen Steinschnittes in die Blase: Glasperlen, Guttaperchakugeln, Bleikugeln, zusammengerollte Bleistücke, Nadeln. Der Umfang der zuerst genannten Gegenstände musste beiläufig von der Grösse einer Haselnuss sein, weil sie bei kleinerem Volum in die Harnröhre des Thieres schlüpften und dessen Tod veranlassten. In Betreff der während der Nachkur beobachteten Diät zerfallen die Versuche in 4 Categorien: 1) Thiere, die in gewöhnlichen Verhältnissen belassen, d. h. mit Fleisch, Bouillon, Brod u. s. w. gefüttert wurden; 2) Thiere, denen in der Folge zu gewöhnlicher Nahrung Milchsäure beigemengt wurde; 3) desgleichen mit Beimengung von Oxalsäure und 4) Thiere, die mit kalkhaltigem Wasser getränkt wurden. Die Versuche führten zu dem allgemeinen Resultate, dass sich bei Hunden dieselben Hauptformen der Harnsedimente wie beim Menschen hervorbringen lassen, nur erfordern dieselben einen sehr langen Zeitraum. So fand sich an einem Hunde der ersten Versuchsreihe, der genau nach einem Jahre getödtet wurde, ein aus zwei Schichten (phosphorsaurem und oxalsaurem Kalk) bestehender Belag an der in die Blase eingeführten Glasperle; jede Schicht hatte jedoch nur die Dicke von gewöhnlichem Schreibpapier. Bei einem nach 4 Monaten getödteten Thiere der zweiten Versuchsreihe hatte sich nur in der Höhlung der Glasperle ein unbedeutender Beleg niedergeschlagen, während die Aussenseite ganz frei war. Ebenso war

an drei Bleikugeln der dritten Versuchsreihe der Niederschlag höchst unbedeutend. In der vierten Versuchsreihe, deren Thiere jedoch grösstentheils spontan und in verhältnissmässig kurzer Zeit zu Grunde gingen, bekam der Verf. meist ein positives Resultat, allein es war auch hier an den in die Blase eingeführten Körpern nur ein geringer Anflug von Harnsedimenten zu bemerken. Verf. weist ganz besonders auf das von ihm erhaltene Factum hin, dass sich in den Sedimenten der mit Oxalsäure (℈i bis ʒβ pro die) gefütterten Thiere kein oxalsaurer Kalk vorfand, während er denselben bei einem Thiere bemerkte, das einer gewöhnlichen Diät unterworfen worden war. In allen Fällen, wo nach dem Einbringen des Fremdkörpers die Harnblase catarrhalisch entzündet und der Harn in alkalische Gährung übergegangen war, bildeten sich sehr rasch Sedimente von phosphorsauren Erden; doch übt auf die Bildung von phosphorsaurem Kalk, selbst bei gesunder Blasenschleimhaut, die Fütterung mit Kalksalzen einen wesentlichen Einfluss aus. **Heppner** (St. Petersburg).

S. Kostarev. Das Lüftungsprincip in der Behandlung von Wunden und das Wundverband-Gesetz.

(Moskauer Med. Zeitung 1874. No. 12, russisch.)

Verf. ist Anhänger der Pilztheorie für die Zersetzungsvorgänge an Wunden, und glaubt hierzu am besten durch die Erfolge sowohl der Lister'schen Methode, wie diejenigen der offenen Wundbehandlung berechtigt zu sein. Beide Verfahren sollen beweisen, dass die Entwicklung und die hiermit verbundene Einwirkung der Pilzkeime auf die Wunden ausschliesslich den Verbänden zuzuschreiben sei. Und zwar beweise es die offene Behandlung empirisch durch Weglassen jeglichen Verbandes, während Lister durch »eine streng methodische Desinfection der Verbände« (durch Carbolsäure), deren sonst schädliche Wirkung aufhebt. Ohne diese Vorsichtsmassregeln biete jeder Verband den Fäulnisserregern eine so günstige Brutstätte, wie sie künstlich in der »feuchten Kammer« geschaffen wird. Bei Wunden, die unbedeckt liegen bleiben, sollen die Bakterienkeime, die darauf fallen, entweder mit dem Wundsecret sofort abgespült werden, oder zu einer Kruste mit eintrocknen. Auch den Gasen, die bei der Zersetzung sich bilden, sei ein freier Ausweg offen. Da also die Desinfection blos des Verbandes wegen geschehe, so lasse man lieber letzteren völlig weg. Es beruhe aber die Trefflichkeit der offenen Wundbehandlung nicht darin, dass man die Wunden unbedeckt, unberührt, ungedrückt oder unbefeuchtet lasse, sondern in der Befolgung eines Princips, das Verf. Lüftungs- oder Aërationsprincip zu nennen vorschlägt. Dasselbe sagt aus, dass jedes Verbandmaterial, mag es noch so minimal, noch so gut desinficirt sein, sobald es unmittelbar mit der Wundfläche in Berührung kommt, absolut der letzteren schade und die Heilung verzögere. Die Lüftung der Wunden sei das einzige Mittel von positivem und reellem Nutzen für die Wundheilung; sie

besitze universelle Anwendbarkeit und sei namentlich für Krankenhäuser unübertrefflich. — Zum Schluss stellt Verf. auf obiger Basis ein Grundgesetz auf für die Beurtheilung eines jeden beliebigen Verbandes (»von einem Faden bis zum complicirtesten Lister'schen Verbande«), resp. für dessen Nutzen (U) oder Schaden (N). Es heisst: Der Werth eines Verbandes steht im geraden Verhältniss zu dessen Desinfections- (D) und Aërationsvermögen (A), im umgekehrten Verhältniss zur Grösse der bedeckten Partie der Wundfläche (m—m') und ebenso zu dem Grade der Undurchdringlichkeit des Verbandes (J) oder: $x = \frac{U}{N} = \frac{D+A}{(m-m')J}$, wo m = die gesammte Wundfläche und m' = den unbedeckten Theil derselben bedeutet. —

Ref. glaubt nicht, dass auf diesem Wege eine weitere Vervollkommnung in der Behandlung von Wunden erzielt wird. —

Lesser (Berlin).

Dr. Worm Müller. Die Abhängigkeit des arteriellen Druckes von der Blutmenge.

Aus dem physiol. Institute in Leipzig. (Berichte der kgl. Sächs. Ges. d. Wissensch. math. phys. Cl. Sitzung vom 12. Dec. 1873.)

Die Versuche von Goltz am Frosche (Virch. Arch. 29. Bd. p. 394) und die entsprechenden von Tappeiner am Kaninchen (siehe oben cit. Berichte, Jahrgang 1872, p. 193) hatten ergeben, dass den Thieren ein sehr bedeutender Bruchtheil ihres Blutes entzogen werden könne, ohne dass die Geschwindigkeit des Stromes und der Druck in den grossen Zweigen der Aorta in entsprechender Weisse beeinträchtigt werden. Durch Experimente an Hunden, für deren Präcision der Name der Anstalt bürgt, aus welcher sie hervorgegangen, war Verf. im Stande den bekannten Thatsachen neue, überraschende Facta hinzuzufügen, welche für die Lehren von der Blutentziehung und von der Blutzufuhr eine grosse Bedeutung besitzen. Ohne auf das reiche Detail der fleissigen Arbeit einzugehen, deren Studium ein hohes Interesse bietet, müssen wir als den Ausgangspunkt der ganzen Untersuchung das wichtige experimentelle Resultat anführen, dass das Gefässsystem sehr grosse Blutmengen aufnehmen kann, ohne nennenswerthe Aenderung des (hier stets in A. carotis gemessenen) arteriellen Normaldruckes. Es wurden bis über 16 p. C. des Körpergewichts an Blut (siehe Vers. I), im Allgemeinen das ein- bis dreifache Quantum der als normal angenommenen Blutmenge des Thieres, demselben durch die V. jugul. zugefügt, ohne dass, nach Beendigung der Einspritzungen, der Druck im Anfang des Aortensystems wesentlich höher geworden wäre, als wie er zu Beginn des Versuches am normalen Hund gewesen. — Innerhalb gewisser Grenzen war es hierbei gleichgültig, ob man vorher, sei es mit Durchschneidung des Rückenmarks, oder durch einen entsprechenden Aderlass den Blutdruck auf einen niedrigen Werth herabgebracht hatte. Sobald im Verlaufe der Einspritzungen der vor Beginn des Versuches

notirte Normaldruck wieder erreicht war, stieg derselbe nicht weiter bei fernerer Zufügung selbst beträchtlicher Blutmengen. — Dass trotz der bedeutenden Ueberfüllung der Gefässhöhle, das Blut innerhalb derselben verbleibt, und dass nicht durch die Gefässwand hindurch ein irgend beträchtlicher Austritt von Blut oder Blutplasma stattfindet, ergab sich aus den negativen Befunden der mit grosser Sorgfalt angestellten Sectionen der Versuchsthiere. Um aber auch den Einwand einer einfachen serösen Exsudation zu heben, wurde in mehreren Versuchen der duct. thoracicus eröffnet, um den Lymphausfluss vor, während und nach den Einspritzungen von Blut (in einigen Fällen war zur Controle zunächst statt Blut auch Serum infundirt worden) zu beobachten. Die Geschwindigkeit des Lymphstromes nahm zwar mit der Menge des zugefügten Blutes zu, aber ein Sinken des Blutdruckes bei wachsender Menge der ausgeflossenen Lymphe wurde nicht beobachtet. — Einen directen Beweis für die Ueberfüllung der Gefässhöhle lieferten aber die Effecte der Aderlässe an vorher eingespritzten Thieren. Die hier erzielten Ergebnisse sind auch von der grössten praktischen Bedeutung. — Es wurden zunächst durch einfachen Aderlass aus einer der Carotiden Blutquantitäten den Transfusionsthieren, ohne deren Leben zu gefährden, entzogen, wie solche an normalen Individuen selbst bei tödtlicher Verblutung nicht erzielt werden konnten. Trotzdem förderte man bei den mit Blut überfüllten Hunden, selbst bei Fortsetzung des Aderlasses bis zum Tode, selbst unter Zuhülfenahme von Pressungen der Glieder und des Rumpfes am moribunden Thiere, fast niemals die ganze transfundirte Blutmenge wieder zu Tage. Verf. versinnlicht diese Verhältnisse durch eine prägnante graphische Darstellung, welche auch zeigt, dass bei gleicher Blutfülle des Thieres der arterielle Druck sich ganz verschieden verhalten kann, je nachdem er durch eine künstliche Vermehrung der ursprünglich kleineren Blutmenge, oder aber durch eine Verminderung der vorher vergrösserten Blutmenge erzeugt wird. — Die Ergebnisse der Sectionen nun, welche keine merkliche Ueberfüllung der Arterien, und nur im Unterleib eine wahrnehmbare Blutfülle in den Venen zeigten, führen weiterhin den Verf. zu der Annahme, dass nach Transfusionen, das Blut vorzugsweise in den Capillaren haftend, mehr oder weniger gleichmässig über den ganzen Körper vertheilt werde. Verf. stellt die Vermuthung auf, dass die Vergrösserung der räumlichen Capacität des Gefässsystems mit Hülfe der Capillarnetze, der kleinsten Arterien und der kleinsten Venen geschieht. Es stehen wahrscheinlich unter normalen Verhältnissen überall im Körper sehr viele leere oder wenig gefüllte Capillarnetze zur Disposition, welche bei beträchtlicher Vermehrung der Blutmenge dem Blutstrom zugänglich gemacht werden. — Eine Dehnung der Capillarnetze ist daher an und für sich keine nothwendige Folge der Ueberfüllung; sie findet allerdings statt bei sehr starker Füllung der Gefässhöhle mit Blut, und dann, wie Vf. glaubt, vorzüglich an den Orten und in den Organen, wo, wie in der Brust- und

in der Bauchhöhle, die Ueberfüllung deutlicher sichtbar wurde. Daneben wird die Möglichkeit der Dehnung grösserer Venen im cavum thoracis und im cavum abdom. nicht geläugnet. Indess wird diese Dehnung keine constante sein. — Interessant ist es nun, dass sogar bei überaus starker Füllung des Gefässystems, keine veränderte Leistungsfähigkeit des Herzens eintrat. Die Pulszahl blieb bei wachsendem Procentgehalt des Körpers an Blut entweder unverändert, sowohl bei Thieren mit durchschnittenem, wie bei solchen mit intactem Halsmark, oder sie minderte sich so unregelmässig, dass letzterer Punkt nur unter gewissen Umständen in Betracht zu ziehen wäre. Auch erhielt sich die Arbeitskraft des Herzmuskels ungeschwächt; denn jedesmal, wenn dem rechten Ventrikel das Blut reichlicher zufloss, wurde es auch prompt durch die Lunge zum linken Herzen geschafft, mit vorübergehender Erhöhung des Arteriendruckes. **Lesser** (Berlin).

Fortsetzung (Schluss) folgt in No. 10.

Seifman. Plan zur experimentellen Zeitbestimmung der Resorption des Hundswuthgiftes in dem durch dasselbe inficirten Organismus.

(Denkschriften der Warschauer Medicin. Gesellsch. IV. 1873. polnisch.)

S. behauptet, dass bisher keine Experimente vorliegen, um zu entscheiden, ob das Hundswuthgift während des ganzen Incubationsstadium blos an der Infectionsstelle hafte, oder ob es schon in diesem Stadium nach und nach den Organismus durchdringe. Da das Incubationsstadium manchmal mehrere Monate, ja ein Jahr und darüber dauert, so bleibt es demnach fraglich, ob es rationell sei, die schon vernarbte Infectionsstelle zu zerstören (durch ferrum candens etc.) oder nicht.

Zur Lösung der in theoretischer und praktischer Hinsicht wichtigen Frage schlägt S. vor, in folgender Art experimentell vorzugehen:

An Thieren von gleicher Gattung, Körperbau, Geschlecht etc., die der spontanen Entstehung der rabies nicht ausgesetzt sind (z. B. Lämmer, Ferkel, Geflügel), werden Impfungen vorgenommen. Man wählt dieselbe Impfstelle an allen zur Experimentation bestimmten Individuen und impft mit frischem Speichel eines und desselben tollen Hundes. — Die Anzahl geimpfter Thiere wird in zwei gleiche Abtheilungen getheilt, von denen die eine keiner Behandlung unterworfen wird, aus der anderen aber wird von Zeit zu Zeit (z. B. alle paar Wochen) je ein Stück ausgeschieden und an ihm die Inoculationsstelle gründlich vernichtet. Alle Stücke werden längere Zeit, wenigstens ein halbes Jahr lang, beobachtet: wenn nun in der Abtheilung der nicht behandelten Thiere die Krankheit zur Entwicklung kommt, aber die Abtheilung der durch Zerstörung der Inoculationsstelle behandelten Thiere verschont bleibt, so dürfte sich aus einer grösseren Anzahl solcher Resultate der Schluss ergeben, dass das Gift während des ganzen Incubationsstadiums blos an der Inoculationsstelle haftet. —

S. ist im Begriff, in der hiesigen Veterinär-Schule einschlägige Versuche zu machen und hofft auf Controlversuche an anderen Orten.

Bauerertz (Warschau).

C. Fuerstner. Zwei seltene Fälle von Concrementbildung in den Harnorganen.

(Virch. Archiv 1874. LIX. 3. 4. pag. 401.)

1) Ein 72jähriger, rüstiger Landmann starb 5 Tage nach einem einzigen lithotriptischen Operationsversuche unter bedeutender Steigerung der Temperatur und Schüttelfrösten. In der Blase 6 glatte, harte, nicht facettirte Steine von Taubeneigrösse, aus harnsauren Salzen bestehend. Ausgedehnte hämorrhagische Cystitis. Fortsetzung des hämorrhagischen Processes auf Ureteren, Nierenbecken und Kelche. Nieren vergrössert, blutreich. Rindensubstanz von zahlreichen Abscessen durchsetzt. Blutungen in die Substanz. Harncanälchen bedeutend verbreitert und vollgepfropft mit glänzenden, sehr regelmässig in parallelen Längszügen angeordneten Kügelchen (Pyelo-Nephritis bacteritica. Klebs). Verf. nimmt den so acut verlaufenden, entzündlichen Process als durch die Einwanderung von Parasiten verursacht an, ohne sich für einen bestimmten Weg der Einwanderung zu entscheiden.

2) Bei einem an Phthisis pulmonum gestorbenen, 62jährigen Mann, der während des Lebens keine Symptome eines Leidens des uropoetischen Systems gezeigt hatte, fand sich die linke Niere von normaler Grösse, aber mit erweiterten Nierenkelchen und Schwund des Parenchyms. Der an normaler Stelle abgehende Ureter erweiterte sich unmittelbar nach seinem Abgange zu einem Sack, der durch einen wallnussgrossen Maulbeerstein (Kern aus harnsauren Salzen, Schale aus oxalsaurem Kalk) ausgefüllt war. Unter dieser Ausbuchtung hatte der Ureter sein normales Lumen, mündete aber an der vorderen Wand der Blase, über dem Anfang der pars prostatica urethrae ein. Neben diesem Ureter fand sich ein zweiter, der von dem oberen Abschnitt der Niere kommend, gerade unterhalb des Steines in den ersten Canal einmündete. Die rechte Niere war kleiner, liess sich in eine grössere Partie und in ein kleines abgeschnürtes Anhängsel theilen. Von der grossen Abtheilung ging ein Harnleiter von normaler Weite ab. Von der kleineren entsprangen 5 Canäle, die zu einem weiten Bassin confluirten, dann als ein normal weites Abflussrohr den ersten Ureter kreuzten, um sich später mit ihm zu vereinigen.

Madelung (Bonn).

C. Lloyd. H. D. etc. Cases of Elephantiasis Scroti.

(The Indian Med. Gazette 1874. No. 2, pag. 39.)

L. entfernte im Calicut Civil Hospital in Malabar einem an Elephantiasis leidenden, 27jährigen Muselmann eine Scrotalgeschwulst, die

sich durch ihre monströse Dimension und ihr Gewicht auszeichnete. Sie war, wie gewöhnlich, birnförmig und hatte in ihrer Mitte eine Oeffnung, die zu dem ganz versteckten Penis führte. Beim Aufrechtstehen reichte sie bis an die Knöchel des Mannes (3 Zoll vom Boden) herunter. Ihr Gewicht betrug nach der Abnahme gegen 65 Pfd. An der engsten Stelle betrug der Umfang des Halses $14^1/_2$ engl. Zoll. Der Breite nach gemessen ergab sie 44 und der Länge nach 54 engl. Zoll. Eine Stunde vor der Operation war die Geschwulst mit Hülfe von Stricken in eine erhöhte Position gebracht worden, um sie möglichst blutleer zu machen und, ehe man sie zur Operation herunter liess, schnürte man den Hals derselben, statt mit einem Tourniquet, mit einem kräftigen Strick, der durch einen Stahlring gezogen war, zu. Nun wurde mit einem Amputationsmesser der Canal, der zum Penis führte, in einer Ausdehnung von 7 Zoll gespalten, der Penis freigemacht und nach oben umgeschlagen. Dann machte man links und rechts in der Richtung des Samenstrangs tiefe, lange Einschnitte und präparirte beiderseits Samenstrang und Hoden, welche letztere in der Höhe der Kniee lagen, aus ihrer tunica vaginal. heraus. Ein Querschnitt oben, der die beiden Längsschnitte verband, vollendete die Amputation des Scrotums. 30—40 Gefässe wurden unterbunden. Die Hoden bedeckte man mit einem in Carbolöl getränkten Lintläppchen und lagerte sie auf ein Kissen. 7 Wochen nach der Operation konnte der Operirte wieder gehen. Die Hoden waren mit einer Art Haut überzogen und die Samenstränge hatten sich so verkürzt, dass die Hoden wieder in normaler Höhe lagen.

L. theilt die Amputation noch eines andern hypertrophirten Scrotum's mit. Das Gewicht der Geschwulst betrug 16 Pfd. Penis und ein Hode wurden erhalten, den andern Hoden fand er degenerirt und entfernte ihn.

A. Burger (London).

A. Schtschastny. Zur Casuistik der Hodensackgangrän beim Sumpffieber.

(Sitzungsprotocolle der Kais. med. Gesellsch. im Kaukasus Jhrg. 1872—73. pag. 61.)

Das Malariafieber hat nicht selten Gangrän der Ohren, der Nasenspitze, der Zähne, des Geschlechtsgliedes, des Hodensacks u. s. w. im Gefolge. Die Malaria hat im Kaukasus den remittirenden oder recurrenten Typus und stellen sich die erwähnten Complicationen meist nach dem zweiten oder dritten Paroxysmencyclus ein. Von den 2 näher beobachteten Fällen von Gangrän des Scrotum, entwickelte sich dieselbe bei dem ersten Kranken am 5. Tage des zweiten Anfalls, und ging ebenfalls auf den Penis über; bei dem zweiten Kranken wurde der Hodensack während des dritten Anfalles brandig. In beiden Fällen lagen die Hoden, nach Abstossung des Brandschorfes, frei zu Tage, bedeckten sich jedoch allmälig mit Granulationen, die in feste Narben übergingen. Die Genesung erfolgte in dem ersten Falle nach 10, im zweiten nach 8 Wochen.

J. Talko. Neurosen nach Operationen im äusseren Gehörgange.

(Ibid. pag. 571.)

T. beobachtete 2 Mal heftige nervöse Zufälle nach geringfügigen Operationen im Gehörgange. Nach Evulsion eines Polypen von der vorderen Wand des äusseren Gehörganges entstand unmittelbar eine heftige Neuralgie in den hinteren gesunden Backzähnen der entsprechenden Seite; die Neuralgie wich einer Gabe von Chloralhydrat. Ein anderes Mal machte Verf. einem zur ärztlichen Beobachtung designirten Rekruten einen kleinen Einschnitt in den angeborenen verengten äusseren Gehörgang, worauf sich bei dem Kranken erst eine Ohnmacht und dann ein heftiger, 25 Min. andauernder, epileptischer Anfall mit Pulslosigkeit und Pupillenerweiterung einstellte. Derselbe hörte auf nach einer Gabe von Opiumtinctur und Inhalation von Ammoniakdämpfen. **Heppner** (St. Petersburg).

James F. West. Case of cirsoid aneurysm treated by injection of perchloride of iron; death from embolism.

(The Lancet 1874. No. 12, pag. 402.)

Nachdem W. angeführt, dass Bryant, Smith, Kesteven (siehe Centralbl. für Chirurgie No. 6) ebenfalls unglücklich verlaufene Fälle mitgetheilt, meint er, dass für die Behandlung der Naevi sich die Exstirpation, resp. die Galvanokaustik, die Ligatur oder der Draht-Ecraseur besser eigne.

Bei einem 9 Monate alten Jungen, der einen Naevus auf der Nase hatte, welcher langsam wuchs, machte W. unter Chloroformnarkose eine Einspritzung von 3 Tropfen liquor ferri sesquichlorati in 3 Absätzen. Mit einem Male wurde das Kind cyanotisch, puls- und athemlos. 20 Minuten lang wurde die künstliche Respiration durchgeführt. 7 Stunden nach der Operation lag das Kind in bewusstlosem Zustande, cyanotisch, mit schwachem Puls, weiten Pupillen. Von 10 zu 10 Minuten stiess es einen Schrei aus und wurde dann von Neuem bewusstlos. In diesem Zustande blieb das Kind 3 Tage und starb dann. Die Section wies Embolie des Gehirns nach. **Leisrink** (Hamburg).

---

v. Mosengeil. Drei Fälle von Missbildungen im Bereich der Extremitäten.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. II. pag. 521—524.)

1) Eine Defectbildung der rechten Fibula, von welcher wesentlich nur das Capitulum zu fühlen ist, während die ganze Diaphyse und Malleol. ext. fehlen. Dabei befindet sich die Kniescheibe etwas weiter aussen, als normaliter, der Unterschenkel in Rotation nach aussen, der Fuss in Valgo-Calcaneusstellung zu dem sehr dünnen

unteren Unterschenkelende. Zwischen innerem Malleolus und Achillessehne fühlt man eine vielleicht als rudimentär entwickeltes, unteres Fibulaende anzusprechende Knochenspange.

2) Eine totale Syndactylie an beiden Händen und Füssen eines 7jährigen Knaben, welche mit Syngryphosis und fast vollständiger seitlicher, knöcherner Verschmelzung der Phalangenknochen einherging.

3) Agryphosis und Fehlen der obersten Phalangen der ersten 4 Zehen am rechten Fusse, während am grösser geformten und schneller wachsendem linken die 2 ersten Zehen gar nicht vorhanden, die übrigen stark nach oben gebogen sind. Die rechte Hand hatte keinen einzigen völlig entwickelten Finger. Am besten gestaltet war der Daumen, aber mit dem Index häutig verwachsen. Diesem und einem mit ihm verschmolzenen Gebilde, welches dem verkümmerten 3. und 4. Finger zu entsprechen schien, fehlte das obere Ende. Der 5. Finger war gleichfalls nur durch ein kleines dactyloides Gebilde vertreten.

Wilh. Koch (Berlin).

Campbell de Morgan (Middlesex Hospital). Penetrating wound of chest with an iron rail; laceration of lung. Death.

(The Lancet 1874. Nro. 3.)

Ein 32 Jahre alter Mann litt seit mehreren Wochen an einer Pneumonie. In einem Anfalle von Raserei stürzte er sich aus dem zweiten Stock, 20 Fuss hoch, auf ein eisernes Gitter. Der Pat. wurde in einen Wagen gepackt, stieg aus demselben und ging allein in das Hospital. Bei der Untersuchung fand sich das abgebrochene Ende einer eisernen Spitze vorne aus der Brust vorragend, zwischen dem 2. und 3. rechten Rippenknorpel. Emphysematöses Knistern rings um die Wunde, welche selbst verstopft war durch die eiserne Spitze und die hineingezerrten Kleider. — Erscheinungen des Collapses, rauher Husten, keine Expectoration. Das Eisen wurde aus der Wunde entfernt und letztere hermetisch verschlossen.

Die Nacht war leidlich; am andern Morgen ergab die Untersuchung links Pneumonie, rechts gesundes Athmen (?), bis auf eine kleine Stelle um die Wunde, die Rasseln zeigte. 9 Uhr Abends plötzlicher Tod. —

Section ergab die rechte Pleura voll Blut, die Spitze der Lunge durchbohrt. Links Pneumonie. **Leisrink** (Hamburg).

A. Popp. Mittheilungen aus der chirurgischen Praxis.

(Aerztl. Intell.-Blatt 1874. Nro. 4, pag. 31.)

1. Fall. Bei einem $2^1/_2$jährigen Knaben wurde ein Harnstein, welcher in einem periurethralen, mit der Harnröhre communicirenden Sacke (?) der Haut, an der hinteren Fläche des Penis seinen Sitz hatte, durch eine Incision der Haut an der Mittellinie entfernt. Der

Stein hatte eine ziemlich kuglige Form und einen Durchmesser von 10 Cm. Nach Anfrischung der Fistelränder der Harnröhre wurden diese, sowie die Wundränder der äusseren Haut durch die Naht vereinigt, jedoch ist bis jetzt noch keine complete Schliessung erzielt.

2. Fall. Einem etwa $^1/_2$jährigen Kinde war von einem Hunde beinahe der ganze freie Theil des Penis abgebissen worden und die Wunde mit einer narbigen Stenose der Harnröhrenmündung geheilt, so dass der Urin blos durch eine haarfeine Oeffnung aussickerte. Nach einer blutigen Erweiterung der Mündung der Harnröhre mit dem Tenotom wurde durch häufiges Einführen von Bougies eine hinreichend weite Oeffnung erzielt (wie lange dauernd? Ref.).

3. Fall. Bei einer 83jährigen Frau, bei welcher wegen intensiver Schmerzen in der enorm aufgetriebenen tibia die centrale Höhle des Knochens aufgemeisselt wurde, ergab sich »hochgradige centrale Zerstörung, ein kleiner Sequester und 2 Eiterheerde«. Die erkrankte Knochenmasse wurde mit dem Hohlmeissel entfernt. Es erfolgte die Heilung.

P. Bruns (Tübingen).

Joseph Bell. Aspiration as a means of treating cases of urgent retention of urine.

(Edinburgh med. Journ. 1874. April. pag. 893.)

B. theilt mit, dass die Anwendung der Aspiration von ihm mit Erfolg bei dem genannten Uebel ausgeführt ist. Der Fall betraf einen alten, schwachen Mann, mit Anasarka, starkem Oedem des Scrotum und Penis, die zugleich eine dunkelrothe Farbe zeigten. Verschiedene Fistelgänge am Scrotum und Perineum. 3 Tage lang waren nur wenige Tropfen Urin gelassen worden. Die Blase konnte bis zum Nabel gefühlt werden. —

Pat. litt an einer Strictur durch viele Jahre. B. stach die Nadel Nro. 2 von Dieulafoy's Aspirator in der Mittellinie, $1^1/_2$ Zoll oberhalb der Symphyse und entleerte 20 Unzen eines alkalischen Urins. Grosse Erleichterung. Am 3. Tage nachher konnte Bougie Nro. 2 eingeführt werden, in kurzer Zeit sogar Nro. 11 und 12.

Leisrink (Hamburg).

A. Parfenenko. Schnittwunde des Unterleibes mit Vorfall des Netzes, Darms und der Leber. Glückliche Heilung.

(Sitzungsprot. d. Kaiserl. med. Ges. im Kaukasus. J. 1872—73, pag. 638, russisch.)

Eine 32 Jahr alte, dem Trunke ergebene Frau, hatte sich in einem Anfalle von Melancholie mit 2 Rasirmessern zwei Schnittwunden des Bauches beigebracht. Die grössere derselben hielt im Ganzen die Richtung der Linea alba ein, war 31 Cm. lang und hatte die Bauchhöhle in grösserer Ausdehnung eröffnet. Die andere Wunde ging unterhalb des Nabels nach rechts von der ersteren aus, hatte

eine Länge von einem Zoll und war blos durch die Haut gedrungen. Die Kranke war durch den Blutverlust sehr geschwächt, doch war die Blutung nur nach aussen erfolgt. Als P. zu der Verwundeten gerufen wurde, fand er die Umgebung eifrig damit beschäftigt, die weit klaffenden Bauchwandungen zusammenzuhalten; bei jeder Bewegung der Kranken drängten sich der linke Leberrand, ein Theil des Colon und Ileum und das Netz zur Wunde heraus. Verf. reponirte die Eingeweide und vereinigte die Wundränder, so gut als es bei der mangelhaften Assistenz und Beleuchtung möglich war, mit Knopfnähten und Heftpflasterstreifen und legte eine comprimirende Cirkelbinde an. Am anderen Tage fand er beim Wechseln des Verbandes einen haselnussgrossen Vorfall der Grimmdarmwand und auf ihr eine 6 Linien lange penetrirende Schnittwunde, aus der Darmcontenta aussickerten. Diese Wunde war Tags vorher von P. übersehen worden; jetzt verschloss er dieselbe mit der überworfenen Naht, versenkte das Darmstück in die Bauchhöhle und legte an der Stelle des Vorfalls 3 neue Ligaturen an die Bauchwunde an. Seitdem verlief die Heilung ungestört und war in 4 Wochen abgeschlossen. Wegen Verschlimmerung der psychischen Störungen wurde Pat. in ein Irrenhaus geschafft.

Heppner (St. Petersburg).

Spencer Wells. Glückliche Ovariotomie bei einem 8jährigen Kinde.

(British. med. Journ. 1874. 14. März. pag. 342.)

Das von St. Francisco behufs Operation geschickte Kind zeigte in der Mitte des Unterleibes eine bewegliche Geschwulst, die punctirt 26 Unzen viscider, opaker Flüssigkeit entleerte; nach der Punction fühlte man eine härtere Portion im linken Theile der Geschwulst. Operation unter Chlor-Methyl, 4" langer Hautschnitt, das Bauchfell in 3" Länge getrennt. Punction der vorliegenden Cyste ergiebt 20 Unzen; es erscheint eine solide Masse an der Basis; der lange Stiel wird mit Seide abgebunden; Uterus von Wallnussgrösse; geringe Menge ascitischer Flüssigkeit. Aeussere Wunde mit Seidensuturen geschlossen. Die feste Partie der Geschwulst wog 3 Unzen und enthielt wirklichen Knochen, bedeckt von Haut mit langen zusammengeballten Haaren. Das am 1. und 2. Tage bestandene Fieber hörte am 3. Tage auf; Genesung ohne Zwischenfall. Am 25. Tage nach der Operation reiste die Kleine von London ab.

Pilz (Stettin).

Prof. Leidesdorf. Ueber Vornahme einer Transfusion.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 7.)
(K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 6. Febr. 1874.)

Der Vortragende berichtet über eine Transfusion, die er bei einem durch Geldverluste stuporös gewordenen und seit 3 Wochen kataleptischen jungen Manne von 23 Jahren ausführte. Die Art, in welcher

das Blut transfundirt wurde, ist nicht angegeben. Die Pulsfrequenz stieg hierbei von 45—50 auf 80—85 Schläge pro Minute, die Temperatur von 36° auf 39,5°. Die Katalepsie schwand und dem Pat. kehrte Sprache und klares Denkvermögen zurück.

v. Mosengeil (Bonn).

Oscar Hasse (Nordhausen). Einige Bemerkungen über Lammbluttransfusion und über den Apparat des Herrn Dr. Paul Schliep.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 8, pag. 89.)

Anknüpfend an den (in No. 4 des Centralbl. für Chirurgie referirten) Artikel von Schliep hebt Hasse hervor, dass ihm unter 23 directen Lammbluttransfusionen jede vollkommen gelungen sei, während Schliep eine solche wegen Gerinnselbildung in den Canälen misslungen sei; deswegen habe dieser einen »complicirten, aber entschieden geistreich construirten Apparat angewandt«. Es werden noch Winke über Vermeidung von Gerinnselbildung gegeben; und wird zuletzt dem Schliep'schen Apparat vorgeworfen, nicht ganz ungefährlich zu sein, da die Anwendung metallner Kanülen die Controle über Blutcoagulation in ihnen erschwert, was bei Hasse's gläsernen Kanülen, soweit sie nicht vom Gummischlauch überzogen oder in die Blutgefässe eingeführt sind, allerdings gut ausführbar erscheint.

v. Mosengeil (Bonn).

J. Kosmowsky. Zur Frage über die Wiederanheilung heraustrepanirter Stücke des Schädeldaches.

(Archiv f. normale und pathologische Histologie und klinische Medicin. Herausgegeben von Prof. M. Rudneff. 1873. pag. 48. russisch.)

Verf. hat an 4 Kaninchen, denen er, nach Entfernung des Pericraniums in grösserer Ausdehnung, Stücke aus dem Schädeldach mit einem Meissel entfernte und nach etlichen Minuten wieder replantirte, den Process des Wiedereinheilens studirt, und ist zu dem Resultat gelangt, dass der die Knochenränder verlöthende Callus von den Knochenmarksräumen der Diploe geliefert werde. Die letzteren füllen sich anfangs mit Granulationsgewebe, das sich in der Folge in Bindegewebe umwandelt. Aus letzterem bilden sich dann Osteoblasten, um sich allmälig zu osteoidem und zu wahrem Knochengewebe zu differenziren.

Heppner (St. Petersburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für



CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. Sonnabend, den 30. Mai. **1874.**

Der Lister'sche Verband und die Sehnennaht

von

Prof. König.

In den ersten Tagen des März kam eine Frau mit ganz frischer Verletzung der rechten Hand in die hiesige Poliklinik. Eine Glasscherbe hatte eine etwa 4 Cm. lange Wunde mit scharfen Rändern auf dem Handrücken hervorgebracht, in deren Mitte man die klaffende Sehnenscheide des Mittelfingers bemerkte. Erst als der stark flectirte Mittelfinger sammt dem Handgelenk in Doralflexion gestellt wurden, kamen die beiden quer getrennten Sehnenstücke in der Wunde der Sehnenscheide zum Vorschein.

Die Wunde wurde sofort mit wässriger Carbollösung ausgewaschen, bei Anwendung des Zerstäubungsapparates die Blutung abgewartet und darauf genäht. Zunächst fixirte ein Catgutfaden die beiden Sehnenfragmente, welche durch Dorsalflexion einander genähert waren.

Der Catgutfaden wurde kurz abgeschnitten und in der Scheide versenkt, darauf die äussere Wunde durch 4 Nähte vereinigt. Die ganze Hand wurde der Vorsicht halber in einen Lister'schen Verband eingehüllt und in Dorsalflexion auf einer Schiene fixirt.

Gleich nach der Verletzung hatte die Frau über ausserordentlich heftigen Schmerz auf der Flexorenseite des entsprechenden Fingers geklagt. Diese Schmerzen kamen anfallsweise im Verlauf der ersten 8 Tage, besonders sobald der Finger momentan aus der starken Dorsalflexion befreit wurde. Ein objectiv nachweisbarer Grund liess sich für diese wahrscheinlich durch intermittirende Contractur in den Flexoren hervorgerufene Schwellung nicht finden. Auf dem Handrücken schwoll die Gegend der Sehnenscheide des Mittelfinger mässig an und diese Schwellung hielt sich in gleicher Höhe etwa 8—10 Tage. Als die Hautnähte am 4. Tage entfernt wurden, zeigte sich die Wunde verheilt.

In der dritten Woche konnte der Finger bereits gestreckt gehalten und wenn er flectirt war, wieder gestreckt werden. Bald lernte die Verletzte ihre durch die längere Ruhigstellung überhaupt steif gewordene Hand wieder gebrauchen und jetzt arbeitet der Mittelfinger mit seiner Strecksehne bei leichten Bewegungen und Handreichungen bereits mit. Die Schwellung im Bereich der Sehnenwunde ist härter geworden und die Haut vorläufig noch an beschriebener Stelle mit der Sehnenscheide verwachsen.

Das Hauptgewicht liegt für das Gelingen dieser Naht gewiss in der Anwendung des Catgut, während ich gern zugebe, dass unter günstigen Verhältnissen die Heilung der äussern Wunde auch ohne Lister'schen Verband zu Stande gekommen wäre. Immerhin wird man dem fraglichen Verband nachrühmen müssen, dass er diese nothwendigen günstigen Verhältnisse nach unserem heutigen Wissen am sichersten herstellt.

Ich denke mir den Mechanismus der Heilung so, dass von den Enden der zusammengenähten Sehne zunächst Bindegewebsverbindungen mit der Sehnenscheide eintreten, welche wohl hauptsächlich nach der Wunde der Scheide hin sich erstrecken. Natürlich werden diese Bindegewebsverbindungen auch unter sich in Verbindung treten müssen und alsbald die Sehnenenden, freilich vorläufig durch Vermittelung der Sehnenscheide, in Verbindung bringen. Die alsbald beginnenden Bewegungen werden dann eine Lösung dieses »Bindegewebscallus« von der Sehnenscheide herbeiführen und inzwischen ist die directe Verbindung der Sehnenenden durch Wucherung von Gewebe, welches ebenfalls von den Trennungsflächen wie von den jenseits der Verletzung gelegenen Theilen entstanden ist, noch mehr gesichert. Eine derartige auf indirectem Wege zustandekommende Verwachsung ist gewiss wahrscheinlicher, als die directe Verklebung der gefässarmen, nur sehr schmale Verwachsungsflächen bietenden, quergetrennten Sehne; auch der Verlauf unseres Falles, die nicht unerhebliche locale Schwellung, spricht für einen solchen Mechanismus. Er ist aber um

so wahrscheinlicher, als er ja in gleicher Weise bei den subcutanen Tenotomieen festgestellt worden ist und die Vortheile des von uns geschilderten Verbandes gerade darin beruhen, dass sie die offene Wunde, soweit es eben möglich ist, in eine subcutane umwandeln.

Rostock d. 12. Mai 1874.

Prof. Lücke in Strassburg. Die primäre infectiöse Knochenmark- und Knochenhautentzündung. Eine kritische Studie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IV. Heft 2. u. 3.)

Den Titel bildet der Name, welchen Lücke als den zweckmässigsten für die sonst als diffuse, spontane Osteomyelitis, Knochentyphus etc. beschriebene Krankheit empfiehlt.

L. hat die Krankheit häufig beobachtet, und giebt folgende Darstellung derselben: das Leiden tritt nur vor Vollendung des Wachsthums des Skelets auf; in allen Jahreszeiten, doch meist im Frühjahr und Herbst. Erkältungen und Traumen sind als die ätiologischen Momente anzusehen. Die Krankheit beginnt, meist 2—3 Tage nach Einwirkung der Schädlichkeit, gewöhnlich mit einem Schüttelfroste, das Fieber hat typhösen Charakter, die Temperatur steigt bald auf 40—41° Abends, 39—40° Morgens. Das Fieber tritt schon vor Beginn der Eiterung ein.

Es ist zuerst immer nur ein localer Erkrankungsherd vorhanden, und zwar kann sowohl das Knochenmark, als auch das Periost primär erkranken. (Diese Angabe basirt auf Sectionsbefunden.)

Bei primärer Erkrankung des Periosts tritt Anfangs die Schwellung in den Vordergrund, bei primärer Erkrankung des Markes der Schmerz. Im ersten Falle ist das Exsudat anfangs blutig-serös, im letzteren stets mit viel Fett vermischt.

Am häufigsten werden die Röhrenknochen (vorzugsweise der unteren Extremitäten) befallen, und zwar die Diaphysen ebensowohl, wie die Epiphysen. Seltener erkranken die vorwiegend spongiösen Knochen.

In den schwersten Fällen der primären Osteomyelitis tritt schon frühzeitig eine Lungenaffection auf, die meist bald tödtlich endet und auf Fettembolie zu beruhen scheint. Oft bleibt die Krankheit nicht auf den primären Herd localisirt, und es kommt zu secundären Ablagerungen noch vor dem Aufbrechen des primären Eiterherdes.

Die secundären Herde sitzen häufig am Periost, dann in Gelenken und in ihrer Umgebung, in Muskeln, unter der Haut, um grössere Venen; von inneren Organen wird öfter das Pericardium befallen, auch die Nieren, die Pleura und die Lungen. Am Orte der ersten Erkrankung kommt es gewöhnlich zu Eiterung und Nekrose. (Epiphysenlösung, Gelenkaffectionen.) Die primäre Osteomyelitis kann auch localisirt bleiben und ohne Periostitis verlaufen, doch ist dies selten.

Secundäre Abscesse, die nicht in inneren Organen sitzen, verlaufen gewöhnlich gutartig.

Die Mortalität ist ziemlich beträchtlich, Lücke zählt unter 24 von ihm beobachteten Fällen 11 Todesfälle. Todesursachen: Fettembolie der Lunge; Secundärablagerungen in inneren Organen (Pericardium, Pleura), Blutungen, erschöpfende Eiterung, Pyämie, Septhämie.

In 2 Fällen wurden in den Herden zahlreiche Micrococcen gefunden, in dem einen, ohne dass eine Eröffnung stattgefunden hatte, in dem zweiten war die Eröffnung 48 Stunden vor dem Tode gemacht worden.

Nach L's Vorstellung finden die durch die Lungen, die Verdauungsorgane etc. aufgenommenen Schädlichkeiten (Micrococcen oder Anderes) einen durch Erkältung oder Trauma präparirten Locus minoris resistentiae, wo sie sich vermehren und von wo aus sie allgemeine Wirkungen hervorrufen.

Zum Schluss giebt L. eine tabellarische Zusammenstellung seiner 24 eigenen Beobachtungen. Gersuny (Wien).

G. Gross. Osteomyelitis der Tibia nach einer Amputation, geheilt durch die Trepanation des Knochens.

(Gazette hebdom. 1874. No. 7.)

Verf. führt vor der Beschreibung seines Falles einen ähnlichen aus der Beobachtung des Prof. Boeckel (Strassburg) an: »Ein 23jähriger Soldat war wegen einer im Gefecht erhaltenen Verletzung am linken Sprunggelenke supramalleolär am Unterschenkel amputirt worden. Langsamer Heilungsverlauf, durch Nosocomialgangrän verzögert. Längere Zeit, nachdem die Heilung beendet, schwoll die Tibia der ganzen Länge nach an und allmälig bildeten sich, ohne Schmerz und Fieber des Kranken, 3 Fisteln, die mässig eiterten. Mehrere Monate später liess die Untersuchung eine centrale Nekrose der Tibia vermuthen. Beim Evidement aber, welches vorgenommen wurde, fand sich kein Sequester; anstatt dessen eine weite, eitererfüllte Höhle, deren Wände theils granulirten, theils von spongiösem Knochengewebe gebildet waren. Die erweichten Knochenpartien wurden mit dem Raspatorium abgeschabt, darauf das Glüheisen applicirt. Einen Monat später war die Heilung beendet«.

Der von G. beobachtete Fall ist folgender: »Ein 24jähriger Artillerieoffizier, der schon in früher Jugend an zeitweiliger Schmerzhaftigkeit des linken Sprunggelenkes gelitten, und durch einen Sturz vom Pferde neuerdings eine heftige Entzündung dieses Gelenkes bekommen hatte, wurde den 31. Januar 1872 wegen Caries des genannten Gelenkes im unteren Drittel des Unterschenkels amputirt. Erst guter Verlauf. Vom 14. Tage an Symptome von Osteomyelitis: starke Empfindlichkeit bei Druck auf die Tibia, Fiebersteigerung,

diphtheritischer Wundbelag, im Zwischenknochenraume ein lebhaft eiternder 6 Cm. langer Hohlgang. Mehrere Tage später stösst die Sonde an der Aussenseite der Tibia auf den 6 Cm. lang blosliegenden Knochen. Zu Ende der 3. Woche ein Schüttelfrost; auch an der Innenseite liegt die Tibia blos; Incisionen und Drainröhren. Zu Ende der 4. Woche wird von Prof. Boeckel die Trepanation der Tibia gemacht: von der Wunde aus wird eine Sonde gegen die Kniekehle hin geführt, daraufhin, wie zur Unterbindung der A. poplit., eingeschnitten und eine Drainröhre durchgezogen; dabei fand man die Tibia fast ringsum von Periost entblösst. Die Sonde dringt widerstandslos an 10 Cm. im Markkanal der Tibia von der Wunde aus vor; in dieser Höhe über der Wunde wird die Tibia trepanirt. Die entfernte runde Knochenplatte, an der Innenfläche wie arrodirt, zeigte hier käsige Infiltrationen. Eine Drainröhre wird durch die Trepanationsöffnung ein- und durch den Markkanal durchgeführt. Durchspülung mit Carbolwasser.

Ein leichter Schüttelfrost folgte der Operation; Abends Temp. 39,8. Langsam zur Besserung sich neigender, mit Abscessbildungen zeitweise complicirter Verlauf. Zu Ende der 5. Woche wird Pat. auf's Land gebracht, wo die Heilung alsbald rasche Fortschritte machte. Nach Extraction mehrerer grosser Knochensequester folgte die definitive Heilung, nahezu 7 Monate nach der Amputation«.

Fr. Steiner (Wien).

Anm. Einen ganz analogen Fall von Drainage der vereiterten Markhöhle der Tibia nach einer Syme'schen Fussamputation mit folgender Heilung habe ich in meinem Aufsatz: »Ueber den Gebrauch des scharfen Löffels bei der Behandlung von Geschwüren«, Halle 1872, beschrieben. **Schede** (Halle).

M. Parrot. Observation de rachitis d'origine syphilitique; communiquée à la Société de Biologie.

(Gaz. médic. 1874. No. 4.)

An einem $10^1/_2$ Monat alten Knaben, der von einer syphilitischen Mutter stammte und selbst stark ausgeprägte Symptome constitutioneller Syphilis zeigte, beobachtete P. die für Rachitis charakteristischen Knochendeformationen in exquisiter Weise. Am Schädel starkes Hervorspringen der tubera, an den Knochen der Extremitäten theils Verkrümmungen und Infractionen, theils Anschwellungen der Epiphysengegenden.

Die Autopsie ergab eine Erkrankung sämmtlicher Knochen mit Ausnahme der Clavicula, der Wirbel und einiger Fuss- und Handknochen. Die erkrankten Knochen zeigten ein verdicktes, fest adhärirendes Periost, während sie selbst sehr weich waren. Das äussere Schädeldach war zum grössten Theil von einem dunkelrothen, elastischen, feindurchlöcherten, spongoiden Gewebe überzogen. An der inneren Seite der Schädeldecke ist die Erkrankung weniger ausge-

dehnt, doch fand sich an einzelnen Stellen die Knochenwand durch die Neubildung fast vollständig zerstört. Die Dicke der Wucherungsschicht betrug c. 3—4 Millim. Eine ähnliche Gewebslage überzog die Oberfläche fast aller grösseren Röhrenknochen. Am unteren Ende der Diaphyse des linken Humerus fanden sich zwei concentrische Schichten derselben, durch eine markige Zwischensubstanz getrennt. Die innere und ältere war hart, die äussere mit dem Periost zusammenhängende von spongoider Beschaffenheit. Die Rippen zeigten rosenkranzförmige Auftreibungen. Die mikroskopische Untersuchung der Knochen constatirte die bekannten, die Rachitis charakterisirenden Veränderungen.

Auf Grund dieses Befundes, sowie einiger früherer analoger Beobachtungen sieht P. die hereditäre Syphilis als eine directe Ursache der Rachitis an und bestätigt damit die Vermuthungen einiger älteren Forscher. Die erwähnten Veränderungen an den Knochen sind syphilitischer Natur, verschmelzen aber derartig mit den rachitischen Erscheinungen, dass man mit Recht von einer syphilitischen Rachitis sprechen kann. Der Unterschied zwischen diesem und den früher von ihm mitgetheilten Fällen ist nur ein gradueller, indem die Wucherung und die Erweichung des Knochens sich von der Epiphysenlinie aus allmälig auf die Spongiosa und selbst die Compacta erstreckt hat. Den Grund dieser stärkeren Entwicklung des Uebels findet P. lediglich in dem höhern Alter des Individuums, da seine früheren Beobachtungen nur Neugeborene betrafen.

O. Volkmann (Halle).

D. G. Faralli. Ueber den thermischen Cyclus der Diphtherie.

(Imparziale Anno XIII. No. 5.)

Entgegen Wunderlich, welcher behauptete, die Temperaturerhöhung bei der Diphtherie erfolge nicht nach einer bestimmten Regel, glaubt Verf. eine regelmässige Temperaturcurve für die Diphtherie aufstellen zu dürfen. In wenigen Stunden erreicht die Temperatur 40° und darüber und geht dann regelmässig herab, bis am 3. oder 4. Tage die Normaltemperatur erreicht ist. Zuweilen erhebt sich die Temperatur am 4. Tage wieder rasch, wenn acute Lymphdrüsenanschwellung auftritt, um in glücklich verlaufenden Fällen in wenigen Tagen wieder abzufallen, in ungünstigen hingegen bis zum Tode zu steigen. Die Fälle mit niederiger Todestemperatur wären durch Athmungshindernisse zu erklären (?)

Die Beobachtungen sind an ungefähr 60 Kranken angestellt.

Menzel (Triest).

Padieu. Kyste dermoide de la partie latérale du plancher de la bouche.

(France médicale 1874. No. 32.)

P. beschreibt eine von ihm exstirpirte Dermoidcyste des Mundhöhlenbodens. Dieselbe war vor 5 Jahren zuerst von der damals

18jährigen Kranken bemerkt worden, hatte zu dieser Zeit die Grösse einer Nuss und war seitdem bis zur Grösse eines Eies gewachsen. Sie sass rechts von der Zunge und prominirte zugleich nach innen und aussen. Sie fluctuirte äusserst deutlich, war aber dreimal von verschiedenen Aerzten vergeblich punctirt worden. Bei der Exstirpation, die von der regio maxillaris aus geschah, wurde die Cyste angerissen und entleerte eine grosse Menge Atherombreies. Der sehr dicke Balg liess sich leicht herausschälen und war nur an einer Stelle fest mit der Mundhöhlenschleimhaut verwachsen.

P. macht darauf aufmerksam, dass die wenigen bisher beschriebenen Dermoide des Mundhöhlenbodens stets in der Mittellinie sassen. Der seitliche Sitz der vorliegenden Geschwulst steht in Widerspruch mit der gewöhnlichen Auffassung dieser Tumoren als congenitale, bei der Verwachsung der Medianspalte des Mundbodens entstanden. Die vergeblichen Punctionen erklärt er dadurch, dass der dicke Balg dem Eindringen des Messers erfolgreich widerstanden, und dass die grosse Beweglichkeit der Geschwulst ein Ausweichen derselben begünstigte.

Lichtheim (Breslau.)

Trélat. Tumeur de la fesse gauche développée à la suite d'une contusion.

(France médicale 1874. No. 30.)

T. lässt einen von ihm exstirpirten Tumor der linken Hinterbacke beschreiben, der in Folge eines Sturzes auf dieselbe im Verlaufe von 5 Monaten aus einem Blutextravasat entstanden war. Er fluctuirte nicht deutlich, war sehr weich und schien im Centrum einen härteren Kern zu haben. Starke Schmerzen und die Unbequemlichkeit beim Sitzen veranlassten die Kranke sich der Exstirpation zu unterwerfen. Der Tumor fast durchweg aus Fettgewebe bestehend, musste ohne feste Grenzen aus dem Unterhautfettgewebe herausgeschnitten werden; im Centrum desselben fand sich eine haselnussgrosse Cyste, die beim Trennen des Fettgewebes angeschnitten worden war und eine ölähnliche Flüssigkeit entleert hatte. Die Geschwulst wurde untersucht und bestand zum grössten Theile aus gewöhnlichem Fettgewebe. Die Cystenwand zeigte streifiges Bindegewebe, in das zum Theil Fettzellen eingebettet waren, das Bindegewebe ging ohne scharfe Grenze in das umgebende Fettgewebe über. Die innere Oberfläche war von keinem Epithel bekleidet, ein Theil derselben zeigte kleine, runde, transparente Erhabenheiten, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als die Cystenoberfläche hervordrängende Fettläppchen auswiesen. Die heftigen Schmerzen wurden erklärt durch zwei von der Geschwulst gezerrte Nerven, deren einer die Geschwulst durchsetzte, während der andere in der Nachbarschaft verlief. **Lichtheim** (Breslau).

Johannes Thalberg. Zur pathologischen Anatomie des Netzhautglioms und Aderhautsarcoms.

(Inaug.-Diss. Dorpat. 1874. 95 S. und 3 lithograph. Tafeln.)

Zwei im Jahre 1868 wegen Netzhautgliom exstirpirte Bulbi dextr. zweier 4jähriger Knaben und ein 1869 wegen Gliosarcom enucleirter Bulbus eines 2jährigen Mädchens wurden, nachdem sie seither in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol gelegen hatten, zunächst einer genauen Untersuchung unterzogen, indem bei dem vorgeschrittenen Stadium der Tumoren den Verf. besonders das Verhalten der Gefässe und der Cornea interessirten. In Bezug auf die Einzelheiten des mikroskopischen Befundes und der Behandlung der Präparate (als Färbemittel wurden Rosanilin und Goldchlorid benutzt) kann auf das Original verwiesen werden, zumal Verf. mit früheren Beobachtern im Wesentlichen übereinstimmt. Die Resultate sind kurz folgende: das Gliom nimmt von der Retina seinen Anfang (von welchem Theile derselben, sagt Verf. nicht ganz präcise, scheint sich aber der Ansicht der Autoren anzuschliessen, welche die Gliomzellen aus den bindegewebigen Elementen der Retina entstehen lassen). Indem die resistenten und gefässarmen Gewebe der Augenhäute und Schichten am längsten Widerstand leisten, werden die Bindegewebslager und zelligen Theile am schnellsten ergriffen, wobei deutlich nachgewiesen werden kann, dass die Gliomzellen den Gefässen folgen, deren Adventitia oft ganz in den Tumor aufgeht. In den älteren Theilen der Geschwulst gehen die Gefässe ganz zu Grunde. In einem Falle konnte Durchbruch in das Gefässlumen und Weiterwucherung in demselben beobachtet werden — interessant in Bezug auf Metastasenbildung. Das Fortschreiten der Neubildung geschieht nicht immer continuirlich, sondern meist heerdweise. In der Nachbarschaft älterer, z. Th. zerfallener Gliommassen, wird, jedoch von letzteren getrennt, Wucherung der Gewebszellen angeregt, welche in Lymphoid- und dann erst in Gliomzellen (od. Gliosarcomzellen, die sich hauptsächlich durch Grösse und schwächere Färbung von den ersteren unterscheiden) übergehen.

Zunächst nach der Retina degenerirt der Sehnerv, dann die Episclera in seiner Nähe und oft fast unmittelbar darnach das episclerale Gewebe vor dem Aequator, wo die Gefässstämmchen die Sclera durchbrechen. Auch die Pigmentzellen der Chorioidea betheiligen sich an der Gliombildung, entfärben sich und zeigen Kerntheilung. Die Glashaut wird erst spät durchbrochen, und dann erst tritt Vereinigung der Gliommassen von Retina und Chorioidea in weiterem Umfange ein. Am spätesten ergriffen werden die äussere Sehnervenscheide und die Sclera, welche dann durch zwischen den Lamellen sich bildende Gliomheerde wie aufgefasert erscheint. Was die Muskeln anlangt, so werden sie durch die Zellenwucherung einfach zur Atrophie gebracht. — Endlich hält Verf. es für wahrscheinlich, dass auch aus den Protoplasmaballen der Hornhaut sich Gliomzellen bilden

könnten. In einem Falle wurde die Bildung von Geschwulstelementen und Eiterkörperchen in der Cornea gleichzeitig beobachtet. In Bezug auf die in einem anderen Falle gefundene Eiteransammlung in der vorderen Kammer wird angenommen, »dass an der Bildung des Hypopioneiters die Endothelzellen der Descemetischen Membran und der Iris sich betheiligen, dass gleichzeitig auch ein Austritt von den vorderen Lagen der Iris stattfindet, sowie auch eine Betheiligung der die Ciliarfortsätze bekleidenden Zellen der Pars ciliaris retinae«. Eine Einwanderung von der Hornhaut sei nicht ersichtlich.

Die beiden Fälle von Melanosarcoma bulbi zweier erwachsener Personen anlangend, ist zu erwähnen, dass auch Vf. die Neubildung ihren Ausgang von den zelligen Elementen des hinteren Abschnittes und der mittleren Lagen der Chorioidea nehmen lässt. Die Pigmentirung der Sarcomzellen tritt zunächst in der äussersten Protoplasmaschicht auf. Das Pigment entsteht autochton. Die Neubildung greift durch Bildung von Granulationszellen um sich, welche in dem Maasse schwinden, als Sarcomzellen entstehen. Diese folgen dem Laufe der Gefässe und gelangen so nach aussen, verbreiten sich besonders in der Umgebung des Sehnerven und in dem dort befindlichen episcleralen Gewebe. Eine Fortleitung des Tumor findet schon früh durch die Sehnervenscheide statt, während der Nerv noch intact ist (umgekehrt wie beim Gliom). Die Sclera wird am spätesten ergriffen und lamellös zerklüftet. Die in der Cornea und den angrenzenden Theilen der Sclera befindlichen Heerde lymphoider Zellen hält Verf. im Gegensatz zu Berthold nicht für ausgewanderte Blutkörperchen, sondern lässt sie, gestützt auf die Untersuchungen Böttchers, aus den präexistirenden, in Protoplasmaballen umgewandelten, zelligen Elementen der Cornea durch Kerntheilung entstehen. **A. Bidder** (Mannheim).

P. Slipewiez. Ueber die Entstehung des endemischen Kropfes.

(Gazette hebdom. 1874. No. 2.)

Verf. schiebt dem Wasser, welches über Alpenmergelboden, der gelegentlich durch atmosphärische Einflüsse zerklüftet und in Staub und Schlamm umgewandelt, die Aufnahme seiner chemischen Bestandtheile in das Wasser begünstigt, die Schuld an dem endemischen Auftreten des Kropfes zu. Diese Bestandtheile sind: schwefelsaurer Kalk und Magnesia, schwefelsaurer Baryt und Kohlensäure. Vor Allem sei der schwefelsaure Baryt als kropferzeugendes Agens zu betrachten. (Warum? R.) **Fr. Steiner** (Wien).

Prof. Jössel in Strassburg. Anatomische Beiträge zur Kenntniss der Humerusluxationen mit Fraktur der Tuberkel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. IV. Heft 2. u. 3.)

Verf. giebt die Beschreibung von sechs anatomischen Präparaten von Humerusluxationen, bei welchen allen eine Fractur eines der Tuberkel vorhanden ist.

Es sind darunter zwei Luxationen nach hinten, durch Sturz aus beträchtlicher Höhe zu Stande gekommen; bei beiden ist das Tub. minus abgerissen und hängt am Musc. subscapularis. Bei den übrigen vier Präparaten ist das Tub. majus vom humerus getrennt; darunter eine frische, durch Sturz in die Tiefe entstandene Lux. subglenoidea. Die obere und mittlere Facette des Tub. maj. hängen getrennt an den Sehnen der M. supraspinat. und infraspinat. Die anderen 3 Präparate rühren von veralteten Luxationen nach innen her. Das abgerissene Tub. maj. ist wieder in knöcherne Verbindung mit dem Humerus getreten, einmal an seiner normalen Stelle, einmal nach aussen, einmal nach aussen und unten von derselben dislocirt.

Die lange Sehne des M. biceps ist bei den 2 Luxationen nach hinten mit Abreissung des Tub. min. erhalten, ebenso bei der frischen Lux. subglenoidea mit Abreissung des Tub. mj.

Bei den drei veralteten Luxationen nach vorn, mit Fraktur des Tub. maj. dagegen scheint sie zerrissen gewesen zu sein.

Gersuny (Wien).

Christopher Heath (Clinical lectures). On a case of excision of the knee.

(Med. tim. and gaz. 1874. Jan. 17.)

Verf. giebt zunächst die nichts Bemerkenswerthes bietende Krankengeschichte eines 11jährigen Knaben, welcher an tumor albus genu litt und bei welchem er sich zur Resection des Kniegelenks entschloss. Er hebt hervor, dass in England die anfängliche Begeisterung für die Kniegelenksresection, unmittelbar nachdem sie Fergusson von Neuem in die Praxis eingeführt, bereits sehr nachgelassen habe, und dass die Operation jetzt viel seltner ausgeführt werde, als vor einigen Jahren. Indessen hält er doch die Resultate der orthopädischen Behandlung, sei es mit forcirter, sei es mit allmäliger Reduction, bei schon vorhandener Subluxation der Tibia für noch ungenügender. Im vorliegenden Fall waren die lig. cruciata und die Semilunarknorpel zerstört, im Uebrigen der Zustand des Gelenkes nicht so schlecht, eine Anzahl Pseudoligamente deuteten auf eine beginnende Ausheilung. Die Nachbehandlung bestand in Auswaschen der Wunde mit 4procent. Chlorzinklösung, Befestigung des Gliedes mit Heftpflasterstreifen auf einer eisernen Schiene. Naht in der Mitte der Wunde, Verband mit oakum, der trotz des Gestankes erst am 5., 7., 10. u. s. w. Tage gewechselt wurde. Nur einmal unterbrach eine Secretverhaltung, die durch Drainageröhren gehoben wurde, den günstigen Heilungsverlauf. Pat. konnte nach 6 Wochen mit fester Vereinigung der Knochen in die Eastbourne Convalescent Institution entlassen werden, kehrte aber von dort 4—5 Wochen später mit ausgebildeter Hospitalgangrän wieder zurück, die durch zweimalige Application der rauchenden Salpetersäure beseitigt wurde. 4 Monate nach der Operation wurde er geheilt entlassen. **Schede** (Halle).

Mr. Birkett. Adenoid tumour of breast (right), excision of similar tumour from left breast in 1871. Guy's Hospital.

(Med. Tim. and gaz. 1874. March 28.)

Eine 22jährige, phthisische Näherin war 1871 wegen eines adenoiden Tumors der linken Brust operirt worden. Eine Tante der Patientin ist an Carcinom gestorben. Seit 6 Monaten Schmerzen in der rechten Brust, dann bemerkte P. einen allmälig wachsenden Tumor an der Aussenseite der Drüse. Intermittirende Anfälle von besonders heftig auf Druck eintretenden Schmerzen.

Der Tumor war knotig, nahm den Achsellappen ein, war nicht sehr breit, von unregelmässiger Form, frei beweglich, nicht mit der Haut verwachsen.

Leichte Ausschälung nach einer Incision; das nur an einer Stelle mit ihm in Zusammenhang stehende Drüsengewebe hier theilweise mit entfernt. Heilung.

Ranke (Halle).

Ledentu. Luxation complète en arrière de l'indicateur de la main droite. Réduction.

(France médicale 1874. No. 32.)

L. beobachtete bei einem 10jährigen Knaben eine Luxation der Grundphalanx des rechten Zeigefingers nach hinten, entstanden durch Fall auf die Hand bei ausgestreckten Fingern. Das luxirte Gelenk stand in Extension, während die Interphalangealgelenke leicht gebeugt waren, die Beugung war völlig unmöglich. Der Finger war um 5 Mm. verkürzt, die Difformität äusserst charakteristisch. Zur Reduction wurde ein starker Zug am Zeigefinger ausgeübt, verbunden mit Hyperextension und nachfolgender Flexion, während die Gelenkfläche der Phalanx fixirt wurde. Die Einrichtung gelang nicht vollständig, es blieb eine Abweichung des Metacarpus nach unten und aussen, der Phalanx nach oben und innen zurück, auch war die Flexion noch behindert. Nach 2 Tagen wurde ein neuer Versuch in der Chloroformnarkose gemacht; der mit der Charrière'schen Zange ausgeübte Zug wurde mit Rotationsbewegungen verbunden. So gelang die Reposition, doch blieb eine Neigung zur Wiederherstellung der Verschiebung zurück, die erst durch einen leichten Druck von aussen nach innen auf das Köpfchen des Metacarpus beseitigt wurde. L. schloss daraus, dass das äussere Seitenband zerrissen war.

Lichtheim (Breslau).

Monatssitzungen der Aerzte des Venediger Krankenhauses. (Monat October, November, December 1873.)

(Giornale Veneto Scienze mediche 1874 Febr. e Marzo.)

Dr. Minich berichtet über eine sehr grosse Ovarialcyste, welche unter leichten Peritonitis-Erscheinungen spontan im Nabel nach Aussen aufbrach. Nach Heilung der Peritonitis führte M. eine Drai-

nageröhre in die Cyste ein und machte öftere Injectionen von Jodtinctur. Nach einigen Monaten, während deren Patientin immer blühend aussah, als die Cyste nahezu völlig geschlossen war, traten ganz plötzlich Erscheinungen von Peritonitis auf, welchen die Kranke in 32 Stunden erlag. Bei der Obduction fand man die Cyste zu Kirschgrösse geschrumpft, mit fibrösen dicken Wandungen. Am linken Ovarium eine eigrosse Colloidcyste. Die aufmerksamste Untersuchung liess die Ursache der Peritonitis nicht entdecken.

Ebenderselbe berichtet über einen Fall von plötzlichem Tod während der Operation. An einer 21jährigen Frau sollte das linke Hüftgelenk resecirt werden. Als die Kranke anästhetisch war, wurde der Puls plötzlich klein und die Respiration behindert. Durch künstliche Athmung kam die Kranke zu sich, doch hielt es M. für zweckmässig, die Operation ohne Chloroform auszuführen. Langenbeck'scher Schnitt, Absägung des Trochanter. Eben wollte M. den Kopf auslösen, als das Weib, welches bisher laut gejammert hatte, sagte, sie müsse zu Stuhl; unmittelbar nach der Darmentleerung verfiel sie in Ohnmacht, Puls und Respiration hörten auf. Bespritzen mit kaltem Wasser, künstliche Athmung, Tracheotomie, Electricität, Electropunctur des Herzens, alles fruchtlos während $2^1/_2$ Stunden versucht. Das Weib war todt. Bei der Section fand man in den Lungenspitzen weiche käsige Heerde, das Herz war schlaff und leer, die Leber und Milz waren gross und hart. Eitrige Caries des linken Hüftgelenkes.

Ein 3. höchst interessanter Fall von spontanem Durchbruch des Femurkopfes in's Becken wird ebenfalls von Dr. Minich berichtet. Ein 24jähriges Mädchen bot die Erscheinungen einer Ischias dar. Sie konnte ohne zu hinken auch über Stiegen gehen, hatte Schmerzen längs des n. ischiadicus, besonders bei Nacht. Keine Anschwellung nachweisbar. Die aufmerksamste Untersuchung liess Entzündung des Hüftgelenkes und der Symphysis sacro-iliaca ausschliessen. Von einer Vesicatorwunde ging ein ungemein heftiges Erysipelas migrans aus, welchem die Kranke in 40 Tagen erlag. Bei der Section fand M. folgendes: eitrige Thromben in der vena cruralis. Unter dem Psoasmuskel eine Jauchehöhle, in welcher der Kopf und der grösste Theil des Halses des Femur steckte, der Kopf war durch das zerstörte Acetabulum in die Beckenhöhle eingedrungen. Die Jauchehöhle dehnte sich durch die incis. ischiad. inf. ausserhalb des Beckens aus. Mit Ausnahme der crista oss. ilei und des os pelvis war das ganze Hüftbein eitrig infiltrirt und theilweise zerbröckelt. Der Sitzknorren war gänzlich abgetrennt.

M. glaubt, dass das ursprüngliche Leiden eine Ostitis des hintern Theils des Hüftbeins gewesen sei und dass unter dem Einfluss des Erysipels sich eine acute jauchige Osteomyelitis hinzugesellt habe, welche die genannten Zerstörungen verschuldete. Der Anfang der Krankheit datirt seit 4 Monaten vor Beginn des Erysipels.

Menzel (Triest).

Francis J. B. Quinlan. Abstract of a case of the employment of the caoutchouc elastic ligature.

(The Lancet 1874. Nro. 10.)

Der Fall betrifft einen orangengrossen blumenkohlartigen Tumor der Clitoris bei einer kräftigen, gut genährten Frau. Er war an der Clitoris durch einen dünnen Stiel befestigt. Die kleinen Schamlippen waren enorm vergrössert, glichen grossen Hahnenkämmen.

Diagnose leicht auf colossale Wucherung von spitzen Condylomen gestellt.

Q. legt die elastische Ligatur an. Der Erfolg war, nachdem am 3. Tage die Schlinge nachgezogen worden war, ein vollständiger.

Leisrink (Hamburg).

Jacob Heiberg. A new expedient in administering Chloroform.

(Medical times and gazette 1874. Jan. 10.)

Um dem Zurücksinken der Zunge in tiefer Chloroformnarkose zu begegnen, empfiehlt Verf., nicht wie bisher üblich, die Zunge, sondern den Unterkiefer in toto vorzuziehen. Der Operateur steht hinter dem liegenden Patienten, legt die Daumen auf das Kinn, die übrigen Finger hinter die aufsteigenden Aeste des Unterkiefers und presst nun den letzteren kräftig nach vorn, als wenn er daran den Kopf oder den ganzen Körper emporheben wollte. Es soll dann der proc. condyl. mit merklichem Ruck über das Tuberculum nach vorn gleiten, wodurch der ganze Unterkiefer vorrückt, so dass die untere Zahnreihe vor der oberen steht. Die Respiration soll dadurch, wie Verf. nach einer Erfahrung aus mehr als 1000 Fällen versichert, sofort frei werden.

Schede (Halle).

Mr. Teevan. Stone in the bladder. Lithotomy. Rapid recovery.

(Medical times and gazette 1874. Febr. 14.)

Ein 4 jähriger Knabe, der seit zwei Jahren an Steinbeschwerden leidet, wird am 29. Sept. 1873 mit dem Seitensteinschnitt operirt. Kleiner Harnsäurestein, 16 Gran schwer. Am 4. Oct. freiwilliges Urinlassen durch die Harnröhre. Am 14. Oct. entlassen.

T. erzählt, er habe nun 15 Knaben durch den Seitensteinschnitt operirt und schneide allemal durch die Prostata und ihre Kapsel. Keiner sei gestorben. Beweis für die Unschädlichkeit der Methode.

Schede (Halle).

Dr. Ernst Küster in Berlin. Die Neubildungen am Nabel Erwachsener und ihre operative Behandlung.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. Heft 1.)

Fünf Fällen von Nabeltumoren Erwachsener aus der Literatur fügt K. folgende 3 Fälle hinzu.

Fall 1. Nabelkrebs bei einem älteren Manne, nicht mehr operirbar. (Wilms.)

Fall 2. Dermoid bei einem 21jährigen Mädchen, angeboren, operirt und geheilt. (v. Langenbeck.)

Fall 3. Papillom des Nabels bei einem 36jährigen Manne, Kleinfingerglied-Grösse, Exstirpation, Heilung (Küster).

An diese Fälle knüpft K. einige Bemerkungen über die Anatomie der Nabelgegend und über dort vorkommende Geschwulstformen, deren Operation selbst mit Eröffnung der Peritonealhöhle empfohlen wird. — **Maas** (Breslau).

Aether oder Chloroform?

(Sitzung der ärztl. Gesellschaft in Florenz. 1. März. Il Raccoglitore 1874. No. 8.)

Prof. Schiff macht die Mittheilung, dass aus seinen sehr zahlreichen Versuchen, welche sich auf etwa 5 Tausend belaufen, hervorgeht, dass bei der Aethernarkose eine graduell fortschreitende Suspension zuerst der Athmung und dann der Circulation eintrete, während bei der Chloroformnarkose diese Aufeinanderfolge durchaus nicht constant sei, sondern öfters die Circulation aufhöre, während die Athmung noch fortdauere.

Bei der Aethernarkose wäre der Arzt für den Tod des Anästhesirten verantwortlich, bei der Chloroformnarkose nicht. Auf Vorschlag Prof. Schiff's wurde aus der Academie eine Commission ernannt, welche den Gegenstand prüfen und neuen Experimenten beiwohnen soll. **Menzel** (Triest).

G. A. Mursick, M. D. of Nyak, N. Y. Ovarian tumor removed by enucleation. Drainage through the Douglas Cul de sac. Recovery.

(Americ. Journ. for Med. Scienc. 1874. New Series, Jan. p. 119.)

Zur Entfernung einer 30 Pfund schweren multiloculären Eierstockcyste bei einer 40jährigen verheiratheten Frau musste, nach Entleerung von 7 grossen Cysten, der Bauchschnitt 2 Zoll über den Nabel hinaus verlängert werden. Der Operateur trennte ausgedehnte Adhäsionen mit Hand und Scalpellstiel. Den Stiel der Geschwulst schnitt er einfach ab und reponirte ohne Gefässunterbindung. Um einer sich etwa nachträglich in der Bauchhöhle ansammelnden Flüssigkeit Ausgang zu verschaffen, durchbohrte er die hintere Wand der Vagina von der Douglas'schen Tasche aus mit einem Troikar und führte durch die Oeffnung eine dicke Wieke aus Seide, deren eines Ende er aus der Bauchwunde, das andere aus der Vagina herausleitete. Beide Enden knotete er zusammen. Dieses »Haarseil zum Zweck der Drainage« wurde täglich 3 Mal hin und her bewegt, damit sich die künstliche Vaginalöffnung nicht verstopfe und blieb 39 (!)

Tage liegen. Es unterhielt einen reichlichen Abfluss aus der Scheide und Verf. glaubt ihm, neben anderen Massregeln von geringerem Interesse, die Heilung der Kranken zuschreiben zu müssen. Derselbe ist ferner der Ansicht, dass, wenn man auf diese Weise für Abfluss gesorgt hätte, eine mässige Nachblutung in das Cavum peritonei weniger schädlich sei, als dort zurückgelassene Ligaturen. Auch macht er darauf aufmerksam, wie sich von der Vagina aus das Cavum peritonei injiciren lasse zum Zweck der Reinigung, Desinfection etc.

A. Burger (London).

Mehrere Fälle von Onychia maligna geheilt durch Plumbum nitricum.

(Gazz. med. ital. Prov. Ven. 1874. No. 12.)

Die klassische Monographie Vanzetti's über Onychia maligna (Venezia, Antonelli 1872) ist auch in Deutschland in weiten Kreisen bekannt. Als ein sicheres, schnell und schmerzlos zum Ziele führendes Mittel empfiehlt Vanzetti das Bestreuen des Nagelgeschwüres mit salpetersaurem Bleioxyd. Von allen Seiten gingen dem Verf. Briefe zu, in welchen Aerzte die rasche Heilung der Onychia maligna durch das genannte Mittel constatiren. Der vorliegende Artikel besteht aus sechs solchen Briefen.

Menzel (Triest).

Dr. Franz Steiner in Wien. Untersuchungen über die feineren anatomischen Vorgänge bei einigen Formen von Geschwulstbildung im menschlichen Hoden.

(Arch. f. klin. Chir. 1874. Bd. XVI. Hft. 1.)

Bei acuter Hodenentzündung (traumatischer und gonorrhoischer) findet sich seröse Durchtränkung des Parenchyms, Kernwucherung und kleinzellige Infiltration im intertubulären Bindegewebe und Erweiterung der Lymphlakunen. Bei der chronischen Induration und Abscessbildung fand St. gegen Rindfleisch u. A., dass die Samencanälchen nicht durch blosses Erdrücktwerden in das bindegewebige Stroma übergehen, sondern dass auch im Innern der Samencanälchen eine von der Membrana propria ausgehende Bindegewebswucherung das Lumen erfüllt, den zelligen Inhalt durch Druck zerstört. Das Hodenparenchym ähnelt so in der ersten Zeit der zelligen Wucherung einem kleinzelligen Sarcom; später beim Eintreten der Schrumpfung zu fibrillärem Bindegewebe einem Fibrom. — Auch bei der Tuberculose des Hodens fand St. den Process nicht allein vom intertubulären Bindegewebe ausgehend, sondern auch eine, wenn auch nicht hervorragende Betheiligung der Samencanälchen. — Den Herd der Tuberkelbildung im Hoden sucht St. in Wucherungen der Gefässwandungszellen der Capillaren.

Maas (Breslau).

Deprès. Rheumatisme articulaire à forme chronique, semblant avoir pour point de départ un traumatisme.

(France médicale 1874. No. 32.)

D. beobachtete einen Fall von gewöhnlichem acutem Gelenkrheumatismus mit Pericarditis, der seinen Ausgang nahm von einer traumatischen Synovitis serosa des rechten Kniegelenks und nach einander das linke Knie, das rechte Sprunggelenk und das rechte Handgelenk ergriff. Nach 8 Tagen war derselbe geheilt.

Lichtheim (Breslau).

C. H. Guptil. Exophthalmic goître successfully treated by Jodo-bromide of Calcium.

(Americ. Journal for Med. Scienc. 1874. No. CXXXIII. New Series.)

Der mitgetheilte Fall betrifft eine 45jähr. unverheirathete Person, an Struma, Exophthalmus und verstärktem Herzimpuls leidend. Nachdem vergeblich Digitalis, Sol. Fowleri und andere Nervina und Stimulantia angewandt waren, wurde Verf. durch eine intercurrente Induration der Bauchmuskeln bewogen, Calcium-Jodo-Bromid innerlich (in nicht angegebener Dose) und äusserlich (in wässeriger Lösung als Aufschläge) anzuwenden. Innerhalb 6 Monaten war die Anschwellung der Thyreoidea gänzlich verschwunden, die erregte Herzaction herabgesetzt und das Allgemeinbefinden der Patientin bedeutend gebessert. Jedoch beginnt die Herzaction wieder sehr heftig zu werden, wenn das Mittel ausgesetzt wird und kann Pat. dasselbe vorläufig nicht entbehren. **A. Burger** (London).

C. J. Eberth in Zürich. Die Entzündung der Hornhaut.

(Centralblatt für d. med. Wissenschaften 1874. Nro. 6.)

Entgegen den von Böttcher in Virchow's Archiv Bd. 58 4. Heft mitgetheilten Untersuchungsresultaten findet E., dass stets, welche Entzündungsreize man auch auf die Mitte der Cornea kürzere oder längere Zeit einwirken lässt, eine Einwanderung farbloser Zellen vom Hornhautrande erfolgt und dass im nächsten Bereiche der Noxe die Corneazellen zu Grunde gehen, aber keine Eiterkörperchen erzeugen. Ebenso wenig konnte E. eine Proliferation der Hornhautzellen in grösserer Entfernung von der Aetzstelle oder der Verletzung constatiren. **Tillmanns** (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. Sonnabend, den 6. Juni. 1874.

Die Exstirpatio recti nach vorheriger Excision des Steissbeins.

Von

Professor Dr. Theod. Kocher in Bern.

Die ungünstigen Erfolge der Exstirpatio recti nach den gebräuchlichen Methoden in den Fällen von Carcinom haben mich veranlasst, einen Operationsmodus zu wählen, welcher dem Vorschlage Verneuil's nachgebildet ist, bei Imperforatio recti den Zugang durch Resection des Steissbeins zu erleichtern. Die schlimmen Verhältnisse des Inselspitals in Bern bezüglich der Wund-Complikationen sind durch den Bericht meines Vorgängers Prof. Lücke[1]) genügend bekannt geworden.

[1]) Lücke, Bericht über die klin. Abtheilung in Bern etc. Zeitschr. f. Chir. Bd. 2.

Nur die pedantische Durchführung der Lister'schen Verbandmethode neben der Anwendung einer absolut offenen Wundbehandlung hat die Operationsresultate einigermassen zu bessern vermocht.

Bei der Exstirpatio recti liegt in Phlegmone des Beckenzellgewebes, welche durch das Eintreten von Koth leicht von vornherein einen septischen Charakter annimmt, die grösste Gefahr. Ich habe denn auch meine 3 ersten an Carcinoma recti operirten Patienten am 2., 4. und 8. Tage in Folge acuter Phlegmonen und septischer Infection verloren.

Um einen vollkommen freien Abfluss der Wundsecrete und des Kothes zu erhalten, habe ich deshalb bei den 2 letzten Fällen von Exstirpatio recti die Excision des Steissbeins vorangeschickt. Durch das Rectum wird leicht die obere Grenze des letzteren bestimmt, mittelst eines kräftigen Längsschnittes in der Gefässfalte die Rückfläche desselben blossgelegt und nun ohne Schwierigkeit dicht am Knochen präparirend, ein Theil oder sämmtliche Steissbeinwirbel excidirt.

Erst jetzt wird der Schnitt abwärts bis an den Anus verlängert und während man mit Haken die Wundränder auseinander hält, vermag man mit 2 Fingern im Rectum und dem Daumen auf der Aussenfläche mit grosser Kraft das Rectum herabzuziehen und die Grenze der krebsigen Infiltration der Rectalwand genau zu bestimmen.

Durch Längsschnitte wird das pararectale Zellgewebe getrennt, mit den Haken abgezogen und nach Blosslegung der Rectumwand die Umschneidung der kranken Partie vorgenommen. Durch die Wegnahme des Steissbeins ist der Mastdarm so zugänglich geworden, dass man mit Leichtigkeit nach jedem Schnitt die blutenden Gefässe unterbinden kann.

Es ist bei dieser Methode auch möglich, erkrankte Lymphdrüsen an der Hinterwand des Rectum zu exstirpiren, wie es bei meinem letzten Falle ausgeführt wurde.

Nach vollendeter Excision habe ich die Rectumschleimhaut über die Wundränder seitlich mit wenigen Nähten herübergeheftet, um vorübergehend letztere vor der Berührung mit Koth zu schützen.

In beiden erwähnten Fällen ist die Heilung ohne Phlegmone und ohne einen üblen Zufall bei einfacher Reinlichhaltung der Wunde eingetreten. Fieber in geringem Grade bestand nur die ersten Tage. Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass bei beiden Fällen ein Streifen gesunder Schleimhaut an der Vorderwand des Rectum erhalten bleiben konnte.

Die nachträgliche Incontinenz ist zu vollständiger Befriedigung der Patienten mittelst zweier federnder Pelotten corrigirt worden, durch welche die Gefässbacken nach der Wunde hineingedrückt werden.

Die Hauptvortheile der Methode sind der geringere Blutverlust wegen der Sicherheit und Raschheit der Unterbindungen, die Möglichkeit, unter Controle der Finger von innen und aussen genau

ausserhalb der krebsigen Entartung die Trennung vorzunehmen, endlich die Aussicht, einen sicheren Abfluss des Darminhaltes und der Wundsecrete zu schaffen.

Th. Billroth. Untersuchungen über die Vegetationsformen von Coccobacteria septica und den Antheil, welchen sie an der Entstehung und Verbreitung der accidentellen Wundkrankheiten haben. Versuch einer wissenschaftlichen Kritik der verschiedenen Methoden antiseptischer Wundbehandlung.

Berlin. G. Reimer. 1874.

(Fortsetzung; cf. Centralblatt No. 8, p. 117.)

Es ergab sich aus den Untersuchungen an Wunden, welche auf dem Wege der Granulationsbildung heilen, 1) dass übel riechender, ziemlich ranzig nach Buttersäure riechender Wundeiter meist Micrococcos enthält, doch steht die Menge der letzteren nicht immer in geradem Verhältniss zur Intensität des Geruches; 2) dass der Eiter übel riechen und Micrococcos in Menge enthalten kann, ohne dass sich Fieber einstellt. Hieran schliesst Verf. die Folgerungen, dass das Vorkommen von Micrococcos im Wundeiter an sich keine unmittelbare Beziehung zum deletären Verlauf einer traumatischen Entzündung und ebenso wenig eine directe Beziehung zur Pyohämie habe. 3) Dass übelriechender Eiter aus Höhlen, die mit Wunden communiciren, immer Micrococcos enthielt, dass dabei aber Fieber fehlen und sehr wohl Genesung eintreten könne.

Die Untersuchung des Eiters aus heissen und kalten, völlig oder nur theilweise abgeschlossenen Abscessen zeigt: 1) dass der Abscesseiter meist frei von Coccobacteria ist, dass es aber gleichwohl Fälle von zweifellosem Coccos in völlig geschlossenen Abscessen giebt; 2) dass coccobacterienhaltiger Eiter vollkommen geruchlos sein kann; 3) dass stinkender Abscesseiter nicht immer Elemente von Coccobacteria enthält; 4) dass Individuen mit geschlossenen Eiterungen sehr hoch fiebern können, ohne dass der eingeschlossene Eiter und das entzündete Gewebe im gewöhnlichen Sinne des Wortes faul ist und ohne dass er pflanzliche Vegetationen enthält.

Nachdem B. im Weiteren noch den Blaseninhalt bei Erysipelas bullosum, croupöse und diphtheritische Membranen aus dem Pharynx, diphtheritischen Brei, geliefert von Wunden der Mundhöhle (ulceröse Schleimspeicheldiphtheritis), der Harnblase (ulceröse Harndiphtheritis), ferner Brei, wie er vorkommt bei Hospitalbrand, Noma, feuchter Gangraena senilis, Anthrax, gangränösen Geschwüren, jauchenden Carcinomen und Sarcomen, ferner künstlich erzeugte Brandschorfe und den Beleg von Soor oder Aphthen auf das Vorkommen von Coccobacteria-Vegetationen untersucht hat, gelangt er zu dem Schlusse, dass Alles, was von pflanzlichen Organismen in

Secreten, Exsudaten und Geweben an lebenden Menschen zu finden ist, morphologisch durchaus nicht von denjenigen Vegetationsformen zu unterscheiden sei, welche beim Fäulnissvorgang der todten Gewebe, der Exsudate und Secrete ausserhalb des Organismus vorkommen; und ferner, dass es bis jetzt keinerlei morphologische Kennzeichen irgend einer Micrococcos- oder Bacterienform giebt, aus welcher man schliessen könnte, dass sie sich nur bei dieser oder bei jener Krankheit im oder am lebenden Körper entwickeln könnte. —

Mit Uebergehung einiger Nachträge, welche B. hier einschaltet, gelangen wir zu dem 4. grossen Abschnitte des Werkes.

Von der Prämisse ausgehend, dass die Coccobacteria, wo auch immer sie vorkommt, immer dieselbe Pflanze ist, zog B. den weiteren Schluss, dass dieselbe möglicherweise auch leicht, von einer Flüssigkeit in die andere übertragen, weiter vegetiren dürfte. Diese Reflexion veranlasste ihn, eine Reihe von Transplantations- oder Infections-Versuchen anzustellen. Als zu inficirende Flüssigkeiten benutzte B. der Reihe nach: Pasteur's und Cohn's Ernährungsflüssigkeit für Bacterien, filtrirte Hydrocelenflüssigkeit, Abscesseiter und frischen, sauren Harn, während er als Infectionsstoffe verschiedene faulende Flüssigkeiten und eingetrocknete, putride Substanzen benutzte, welche die Vegetationsformen von Coccobacteria enthielten.

Die Versuche zeigten, dass, obwohl die Vegetationsformen von Coccobacteria sich fast in jeder Flüssigkeit entwickeln, in der Leben überhaupt möglich ist, so erweisen sie sich bei der Transplantation aus einer Flüssigkeit in eine andere doch äusserst empfindlich und gehen meist zu Grunde. Trotz dieser geringen oder auch oft ganz fehlenden Adaptionsfähigkeit, trotz der Differenz der in den fermentirten Flüssigkeiten entstandenen Endproducte (hier Milchsäure, dort Buttersäure, dort Ammoniak u. s. w.) bleibt B. bei der Ansicht, dass alle diese Organismen einer einzigen Gattung »Coccobacteria« angehören, und dass sie innerhalb dieser Gattung keine besonderen Arten, sondern nur Entwicklungsformen einer und derselben Art, der Coccobacteria septica bildeten. Er findet die geringe oder fehlende Adaptionsfähigkeit der einzelnen Vegetationsformen an diese oder jene Nährflüssigkeit u. s. f. genugsam erklärt durch Acclimatationsverhältnisse der Vegetationen an diese oder jene Flüssigkeit. Dieser Erklärung giebt er aber den Vorzug vor derjenigen, die zur Aufstellung verschiedener Arten führt, lediglich aus dem botanischen Grunde, weil bis jetzt die morphologischen Kennzeichen für verschiedene Arten fehlen und alle beobachteten Vegetationen immer nur die Entwicklungsformen der genau studirten Coccobacteria septica zeigen.

Abgesehen von dem grossentheils theoretischen Interesse, welches diese Transplantationsversuche besitzen, sind sie auch in practischer Beziehung in sofern von Bedeutung, als aus ihnen hervorgehen soll, es möchte die Gefahr der Infection durch beliebige Micrococcos und Bacterien, welche in Wasser und Luft enthalten sind, viel geringer

sein, als man in neuester Zeit annimmt; denn die feuchten Vegetationen gehen sehr oft zu Grunde bei den Transplantationen in andere Substrate, und die Entwicklung der Luftsporen sei an vielerlei ziemlich complicirte Bedingungen geknüpft. — Noch aus anderen Gründen werde die Gefahr der Infection durch Coccobacteria-Vegetationen für den lebenden thierischen Organismus eine geringe, wie uns der folgende 5. Abschnitt des Werkes zeigt. Wie der Titel schon besagt, handelt derselbe von den Ursachen der beschränkten Entwicklungsfähigkeit von Coccobacteria auf und in Geweben des lebenden gesunden menschlichen Körpers, und von den Beziehungen von Coccobacteria zur Entstehung und Ausbreitung der localen und allgemeinen accidentellen Wundkrankheiten.

(Fortsetzung folgt). **Krönlein** (Berlin).

B. v. Langenbeck. Ueber die Endresultate der Gelenkresectionen im Kriege.

(Arch. für klinische Chirurgie XVI. II p. 340—513.)

Die Berichte von Hannover über die resecirten Dänen des Jahres 1864 sowie die Mittheilungen mehrerer deutscher Militärärzte über Resectionsresultate des Feldzuges 1870—71, welche zusammen mehrere Hundert von Resectionen der verschiedenen Gelenke umfassen, lauten so überaus traurig, dass es heute nach dem 100jährigen Geburtstag der Resection nochmals nöthig erscheint, in eine Discussion über den Werth derselben bei Schussverletzungen einzutreten. Den genannten Aerzten wird es mit zu danken sein, wenn die Resectionen in den folgenden Kriegen nicht weniger häufig, jedenfalls aber mit besserem Erfolge deswegen ausgeführt werden, weil das Bewusstsein, es sei mit der Operation allein nicht Alles gethan, in immer weiteren Kreisen sich ausbreiten wird. Es sind nun die mangelhaften Ergebnisse der Invalidenlisten zuerst darauf zurückzuführen, dass der Wortlaut der militärärztlichen, den Invaliditätsgrad bezeichnenden Atteste, den Grad der Gebrauchsfähigkeit eines resecirten Gelenkes nur unvollständig deswegen wiedergeben kann, weil hier nur zu entscheiden ist, ob und in welchem Grade der Verwundete im Sinne des Gesetzes Invalide ist, d. h. ob und in welchem Grade er zum Militairdienst tauglich erscheint. Wer die Anstrengungen des activen Dienstes kennt, wird zugeben müssen, dass im allgemeinen auch der mit dem besten Erfolge Resecirte, in dem Sinne des Gesetzes, als Ganzinvalide beurtheilt werden kann. Aehnliches dürfte von der Erwerbsfähigkeit gelten; und der Passus über die Verstümmelung wird einerseits den humanen Militärarzt meist veranlassen, den Invaliden als »verstümmelt« zu bezeichnen, andererseits letzteren bald darauf führen, Alles zu unterlassen, was den Zustand seines Gelenks irgend wie verschlechtern könnte.

Die geringe Sorgfalt der Invaliden für Kräftigung und Uebung der resecirten Glieder ist jedoch in weit geringerem Grade die Ur-

sache schlechter Endresultate, als die häufig noch so überaus mangelhafte ärztliche Nachbehandlung. Dass, wie Hannover behauptet, eine solche schon deswegen überflüssig sei, weil in Folge progressiver Muskelatrophie der Zustand der Extremität mit den Jahren sich verschlechtere, wird durch Verf. eigene, nunmehr über 25 Jahre reichende Erfahrungen widerlegt, welche eine Besserung des resecirten Gelenks unter orthopädischer Behandlung auch dann noch möglich erscheinen lassen, wenn diese erst 2 Jahre nach stattgehabter Resection begonnen wurde.

Ebenso wenig können die Misserfolge so gedeutet werden, dass einzelne Chirurgen nur günstige Fälle, andere die hoffnungslosen resecirten, wie denn auch die Wahl der Methode weniger entscheidend für das spätere Resultat zu sein scheint, als die schonende Ausführung der Operation.

Dagegen ist die subperiostale Resection d. h. die vollständige Erhaltung aller in der Nähe des Gelenks sich festsetzenden Sehnen und Muskeln in Verbindung mit dem Periost der Diaphyse, in allen Fällen streng durchzuführen. Dies folgt aus alten, im Original genauer nachzulesenden Erfahrungen über Neubildung von Gelenkenden nach necrotischer Exfoliation der ursprünglichen, sowie aus Thierversuchen.

Chaussier's und Vermandoi's auf Ch. White's Anregung an Hunden angestellte Resectionsversuche blieben ohne Erfolg, weil Periost und Gelenkkapsel dabei nicht geschont wurden; und erst in den 30er Jahren dieses Jahrhunderts gelang es B. Heine durch zwingende Versuchsreihen, die auch v. L. zur Aufnahme der subperiostalen Resectionen in den 40er Jahren bestimmten, die Bedeutung dieser Theile für die Regeneration der Gelenke nachzuweisen. Aber auch so ausgeführte Operationen geben, wie die Erfahrungen über die Veränderungen der Gelenke durch dauernde Ruhe und über die Bildung neuer Gelenke am unrechten Ort beweisen, befriedigende functionelle Resultate nur dann, wenn die resecirten Knochenenden, unter mehr oder weniger vollständiger Knochenneubildung mit einander in beweglichen Contact gebracht und durch Uebung oder Gebrauch der Muskeln in demselben erhalten werden; eine Forderung die eben nur zu erfüllen ist, wenn die über das Gelenk gehenden Muskeln in Verbindung mit der Gelenkkapsel und dem Periost der Diaphyse erhalten werden.

Diese Ideen, welche wir leider nur ganz aphoristisch anzudeuten vermochten, werden nun in Capiteln, welche die verschiedenen Gelenke gesondert behandeln, des Weiteren zu stützen gesucht.

(Fortsetzung folgt.) **Wilh. Koch** (Berlin).

Dr. Worm Müller, die Abhängigkeit des arteriellen Druckes von der Blutmenge.

(Schluss; cf. Centralblatt No. 8 p. 121.)

Was die Lungen anlangt, so wurden dieselben allerdings post mortem congestionirt gefunden; allein eine etwaige erhöhte Reibung

des Blutes in den Lungen ist darum nicht als Erklärungsmoment für die Unveränderlichkeit des Blutdruckes heranzuziehen, weil die sonst im rechten Herzen und den einmündenden Venen ganz beträchtliche Stauungserscheinungen hätten vorhanden sein müssen. Sie fehlten aber gänzlich. — Obige schon an sich für den Effect von Transfusionen auf den Circulations- und den Respirationsapparat höchst bemerkenswerthe Befunde des Verf. bekommen eine sichere Stütze durch weitere von ihm fixirte Thatsachen. Es zeigte sich nämlich die anscheinend paradoxe Erscheinung, wenn man nach vorausgegangenen Einspritzungen die Verblutung in Absätzen vornahm, dass, ehe noch die Hälfte des eingespritzten Blutes wieder abgelassen war, der arterielle Druck schon weit unter die Höhe sank, welche ihm vor Beginn der Transfusion eigen gewesen war; dass man ferner durch Fortsetzung des Aderlasses, das eingespritzte Thier dem Tode nahe bringt, bei einer restirenden Blutfülle, welche noch um mehrere Procente des Körpergewichts an Blut, das ursprüngliche (normale) Blutquantum übersteigt. Mit anderen Worten, werden Thiere, denen man das 1—3fache ihrer ursprünglichen Blutmenge hinzufügt, empfindlicher gegen Blutverluste, wie im normalen Zustande. Sie liefern zwar mehr Blut im absoluten Sinne bei der tödtlichen Verblutung, was leicht aus der stärkeren Füllung der Gefässhöhle erklärlich ist; aber relativ bedürfen sie weit grösserer, vielleicht doppelt so grosser, oder noch grösserer Blutmengen (als im nicht eingespritzten Zustande) zur Erhaltung des normalen, resp. des für das Leben erforderlichen Blutdrucks. — Hat sich aber ein Thier, welches man horizontal ruhig gelagert, durch einen Blutstrom aus beiden Carotiden nahezu verblutet, sind selbst die Verblutungskrämpfe vorüber und treten aus den geöffneten Arterien nur noch einzelne Tropfen hervor, so kann man den Strom von Neuem in Gang bringen, einmal indem man das Halsmark absticht — vor Allem aber, indem man unter Erhebung des Hintertheils die Gliedmassen, den Bauch und die Brust knetend ausdrückt. — Dieses Factum verdient, nach des Ref. Meinung, die eingehendste Beachtung. Der von Prof. Esmarch auf dem III. Chirurgencongress leider nur beiläufig citirte Vorschlag, bei Verblutenden durch Einwicklung der Extremitäten das erlöschende Leben wieder anzufachen, verdient nach Obigem eine umfangreiche klinische Prüfung. — Anderntheils liefern die oben dargestellten Thatsachen einen neuen Maassstab für die Kritik derjenigen Transfusionen beim Menschen, in denen man durch Einspritzung selbst ganz kleiner Blutquantitäten, bei anscheinend Verbluteten, das Leben neu angeregt hat.

Schliesslich spricht sich Verf. auf Grund seiner Erfahrungen über die unteren und die oberen Grenzen der physiologischen Füllung des Gefässsystems aus. Um die Druckänderung als Function der wachsenden Füllung näher zu präcisiren, will er an Thieren mit unversehrtem Halsmark folgende drei Territorien der Blutfülle unterscheiden: 1. Territorium mit der höchsten, mit dem Leben verein-

baren Anämie beginnend bis zu einer Blutfülle, wo die Quantität des Blutes 1,5 bis 2,5 p. C. des Körpergewichtes weniger beträgt, als normal. Hier steigt der arterielle Druck von der unteren bis zur oberen Grenze, und zwar ziemlich regelmässig. — 2. Territorium, welches mit einem Blutgehalt von etwa 1,5 bis 2,5 p. C. des Körpergew. unterhalb des normalen anfängt, und bei Zunahme der Blutmenge um ca. 2 bis 3 bis 4 p. C. des Körpergew. oberhalb des normalen Blutquantums endigt. Hier ist die Drucksteigerung viel geringer und sehr unregelmässig. Das 3. Territorium endlich fängt oberhalb einer Vermehrung der ursprünglichen Blutmenge um 2 bis 3 bis 4 p. C. des Körpergew. an und hat bei den höchsten bisher erreichten Füllungsgraden noch nicht seine Grenze erreicht. Hier bleibt der Druck im Wesentlichen unverändert. Praktisch am wichtigsten wird das 2. Territorium, weil hier die Blutmenge um die normale Füllung des Gefässystems oscillirt. Während der Abnahme der Blutmenge um ca. 1,5 bis 2 p. C. des Körpergew. sinkt nun der Druck sofort auf eine niedrige Höhe, steigt aber schnell — spätestens im Verlaufe einer halben Minute — fast auf das ursprüngliche Niveau, und hält sich nun, unter continuirlichen Schwankungen, darauf. — Während der Zunahme der Blutmenge um 2 bis 3 bis 4 p. C. des Körpergew. steigt der Druck, und sinkt kurze Zeit nachher rasch, unter stetigen Schwankungen, bis fast auf die ursprüngliche Höhe. — In beiden Fällen geschieht also immer eine Druckregulirung im Sinne des Normaldruckes. Dass die regulirenden Einflüsse nervöser Natur sind, vom vasomotorischen Nervensystem abhängen, erhellt am besten aus der Beobachtung, dass bei Thieren mit durchschnittenem Halsmark, das 2. Territorium wegfällt. Hier geht das 1. Territ. direct in das 3., mit der constanten Unveränderlichkeit des Normaldruckes über. — Durch obige, mit Absicht etwas genauer wiedergegebene facta wird der noch ziemlich fest eingewurzelten Ansicht, als müsse jeder Transfusion eine Blutentziehung vorausgehen, völlig jeder Boden entzogen. — Sodann aber ist keine Thatsache von so überzeugender Beweiskraft für die Nutzlosigkeit kleiner Aderlässe und für die Gefahr grosser Blutentziehungen zum Zweck der Spannungsverminderung im Gefässsystem, als der Nachweis des regulatorischen Einflusses des vasomotorischen Nervensystems auf den Blutdruck. — Es hat sich gezeigt, dass bei normalen Thieren eine Blutentziehung von 1,6 bis 2,82 p. C. des Körpergew. ertragen wird ohne nennenswerthe Herabsetzung des Druckes in A. carotis. Ja, es kann selbst die durch den Blutverlust bedingte Erregung des Gefässnervensystems, eine Drucksteigerung nach einem mässigen Aderlass, also gerade das Gegentheil von dem erwünschten Resultat ergeben. Die sehr grossen Aderlässe aber werden dadurch bedrohlich, dass der Blutdruck unterhalb einer gewissen Grenze der entleerten Blutmenge nicht mehr allmälig abnimmt, sondern plötzlich rasch sinkt in einem für die Erhaltung des Lebens bedenklichen Grade. — Es hat somit Verf. eine grosse Zahl allseitig wichtiger Punkte beleuchtet, deren weitere Ver-

folgung höchst wünschenswerth erscheint. Und speciell die Chirurgie schuldet denjenigen Physiologen grossen Dank, welche mit dem streng wissenschaftlichen Experiment an Fragen herangetreten sind, deren Lösung bisher innerhalb des chirurgischen Gebietes fast nur auf dem Wege unerquicklicher Polemik versucht wurde. **Lesser** (Berlin).

Bartels. Ueber peripleuritische Abscesse.

(Deutsches Archiv f. klinische Medicin Bd. XIII. 1874. Heft 1).

B. hatte die seltene Gelegenheit im Jahre 1872 drei Fälle von peripl. Abscess zu beobachten; alle drei betrafen jugendliche Individuen, zwei 25jährige Männer und ein 10jähr. Mädchen. Für die ersten Beiden konnte keine Aetiologie aufgefunden werden, obschon bei dem einen gleichzeitig Zeichen von Lues existirten; der dritte Fall war traumat. Ursprungs.

Verf. vergleicht diese seltene Krankheit mit dem Pyothorax und macht auf die naheliegende Verwechselung mit demselben aufmerksam. Gemeinsam mit dem Empyem kommt der Peripleuritis zu: die Ausweitung der kranken Thoraxhälfte, die Verminderung resp. das völlige Aufhören der Athembewegungen, der gedämpfte Percussionston, sowie endlich das Verschwinden des Pectoralfremitus und des vesicul. Athmungsgeräusches. Sie unterscheidet sich aber vom Empyem dadurch, dass die Ausweitung der betr. Brusthälfte ungleichmässig geschieht, und zwar aus dem Grunde, weil der peripl. Abscess sehr rasch in einzelnen Intercostalräumen eitrige Infiltration verursacht, wodurch ein Auseinanderrücken eines Rippenpaares und ein stärkeres Klaffen des dazwischenliegenden Intercostalraumes eintritt; die nachbarlichen Rippen, besonders nach oben, rücken näher an einander. Die peripl. Dämpfungsfigur unterschied sich auch wesentlich von der bei Empyem. Als ein besonderes wichtiges Unterscheidungsmerkmal vom Empyem wird das Fehlen von Verdrängung der Nachbarorgane hervorgehoben. In allen drei Fällen wurde auch deutliche Fluctuation des Eiters in einem Intercostalraume, und ebenso ein Erschlaffen des Abscesses bei der Inspiration, und ein Prallerwerden bei der Exspiration beobachtet; die letztere Erscheinung auch bei sehr oberflächlicher Respiration. — Als diagnostisches Unterscheidungsmerkmal führt B. endlich noch den peripl. Eiter an. In den beiden Fällen, in welchen er die Abscesse eröffnete, entleerte sich ein pus bonum et laudabile; das spezif. Gewicht desselben betrug 1041. In vielen Fällen, in welchen er eitrige Pleuraexsudate eröffnete, betrug das spez. Gewicht des entleerten Eiters 1028—1032; bei nicht eitrigen Pleuraexsudaten 1019—1020. —

Der Ausgang war im ersten und dritten Falle tödtlich, im zweiten trat Genesung ein (siehe die Krankengeschichten). Die Behandlung bestand in den ersten beiden Fällen in Eröffnung des Abscesses. Im ersten wurde von Esmarch, um den Eiter frei zu machen, ein

$4^1/_2$ Ctm. langes Rippenstück resecirt und Drainröhren eingelegt. »Der Knochen war auffallend mürbe, und ein kleines Stück des untern Randes, nahe dem Knorpel, cariös.« Der Kranke erhielt mehrmals täglich ein Vollbad, und die Abscesshöhle wurde durch die eingelegten Drainröhren mittels Irrigator's ausgespült. Als Wundspülflüssigkeit diente frische Ochsengalle und Wasser zu gleichen Theilen. **Müller** (Leipzig).

P. Bouland: Recherches anatomiques sur le rachitisme de la colonne vertébrale.

(Comptes rendus 1874. Tome LXXVIII, p. 564.)

B. fand, dass die rachitische Lumbo-Dorsal-Kyphose, wie sie in der frühesten Kindheit zur Beobachtung gelangt, auch dann noch fortbesteht, wenn man die Wirbelsäule von ihren Weichtheilen befreit, sie horizontal ausbreitet und durch einen Gypsumguss immobilisirt. Die Untersuchungen betrafen Kinder von 2—16 Monaten. Nach B.'s sehr sorgfältigen Messungen an Sagittaldurchschnitten der eingegypsten Wirbelsäule wären 3 Haupttypen der Kyphose zu unterscheiden. Bei der ersten Gruppe sind die Zwischenwirbelscheiben vorn niedriger, die Knochenkerne und Epiphysenknorpel dagegen vorn höher, als normal. Beim 2. Typus sind die Knochenkerne vorn niedriger, als hinten; das Umgekehrte gilt für die Epiphysenknorpel; die Zwischenwirbelscheiben sind überall fast gleich dick. Beim 3. Typus nehmen alle drei Gebilde an der Erzeugung der Krümmung Antheil, am wenigsten noch der Knochenkern; die Zwischenwirbelscheiben und Epiphysenknorpel haben vorn eine geringere Höhe. Die Gelenkflächen der Wirbelkörper sind sehr stark gewölbt, in einzelnen Fällen so stark, dass im vorderen Theile kaum ein Zwischenraum von 2—3 Mm. besteht. Die Zwischenwirbelscheiben sind dem entsprechend in zwei ungleiche Hälften getheilt; die hintere grössere Hälfte enthält den Gallertkern. Im Uebrigen boten die Wirbelgelenke dieselben Veränderungen, wie sie die grossen Gelenke des Körpers bei Rachitis zeigen. Die Relaxation des Bandapparates ist auch hier nicht die Ursache der rachitischen Verkrümmung. Es kommt vielmehr, abgesehen von der Wirkung der Schwere der Wirbelsäule und des Druckes der oberen Wirbel auf die tiefergelegenen, vor Allem die veränderte Form und Configuration der Theile in Frage, welche die Wirbelsäule zusammensetzen. **J. Munk** (Berlin).

Dr. A. Wernich, Privatdocent in Berlin. Einige Versuchsreihen über das Mutterkorn.

(Beiträge zur Geburtsh. und Gynäk. II. 1. p. 71—140.)

Verf. fasst die Resultate dieser Untersuchungen in Folgendem zusammen:

1. Der specifisch wirksame Bestandtheil des Mutterkorns übt auf

den Tonus der Gefässe, besonders der Venen einen primären Effect aus, welcher in einer Herabsetzung des Tonus besteht, so dass die Venen nach Ergotinvergiftung eine beträchtliche Erweiterung erfahren und das Blut sich in den grössten venösen Gefässen anhäuft.

2. Die Betheiligung des arteriellen Gefässsystems ist eine secundäre. Die Arterien contrahiren sich nicht durch eine vermehrte Activität ihrer Muskelelemente, sondern sie erscheinen enger und sonst verändert, weil sie leerer sind.

3. Der Blutdruck zeigt dem entsprechend die von Holmes angegebenen Veränderungen: primäres beträchtliches Absinken und allmäliges Ansteigen, sobald der Ausgleich der gesetzten Druckstörung eintritt.

4. Die am Herzen zu beobachtenden Erscheinungen (Verlangsamung der Herzbewegung, bei tödtlichen Dosen Stillstand in der Diastole, bei geringeren Abarbeiten mit einem ungenügenden Blutquantum) sind als Folgen jener primären Wirkung erklärlich. Betreffs der Wirkung des Ergotins auf den Uterus berücksichtigt Verf. die bisherigen Untersuchungen, insbesondere von Schlesinger, kommt aber noch zu keinem bestimmten Resultat, sondern es genügt ihm zur Erklärung der Bewegungen des Uterus einstweilen die Annahme, dass sie durch arterielle Anämie der Innervationscentren desselben hervorgerufen werden.

Das 2. Capitel handelt von der Bereitung brauchbarer Mutterkornpräparate; das dritte von einer Kritik und praktischen Verwerthung der gewonnenen Anschauungen und zerfällt in 4 Unterabschnitte: 1. Stimmen für und wider die Gefässphänomene. 2. Die neueste Rolle des Ergotins in der Gynäkologie (betreffs der wehenerregenden und abortiven Wirkung und der subcutanen Injectionen bei Mastdarmvorfällen, Hämorrhoidalblutungen und Fibromyomen des Uterus). 3. Ueber den Tod durch Ergotin. 4. Therapeutische Anwendung der Präparate. Verf. hat ein rein wässeriges Mutterkornextract selbst bereitet und giebt demselben vor dem officinellen den Vorzug, einmal weil es sich in viel geringeren Wassermengen und viel klarer löst, als das officinelle Extract, ferner weil die Lösungen wie der Körper weit haltbarer sind, und da es eine fast vollständige Schmerzlosigkeit der Injectionen bewirkt. Die einzelnen Capitel sind so reich an interessanten Gesichtspuncten, dass betreffs des Genaueren auf das Original verwiesen werden muss. **Leopold** (Leipzig).

W. Koch. Historisches über die chirurg. Behandlung der Lungencavernen.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 16, p. 194.)

Verf. theilt in einer höchst interessanten Studie zunächst historische Daten mit, durch welche er beweist, dass Lungenphthise und

namentlich Cavernen und Abscesse seit sehr langer Zeit schon chirurgisch behandelt wurden. Hippokrates kennt die nach Peripneumonie entstehenden Lungenabscesse und ihren Durchbruch nach Bronchien oder Pleurahöhle; im letzteren Falle empfiehlt er durch Schnitt oder Cauterisation zu öffnen. Schenk (1584) erzählt, dass man bei einer als solche erkannten Lungeneiterung Durchbruch nach aussen zu bewirken gestrebt. Willis und Baglivi (1664) sind in der Hinsicht noch deutlicher. Purmann (1692) stellt neben anderen Indicationen zur Incision die Vomica der Lunge als solche hin. De Bligny theilt sogar einen Fall mit, wo eine zufällige Incision, durch einen Säbelstich bewirkt, Heilung eines Falles von Phthise zur Folge gehabt. E. Barry (1726) führte wiederholt Eröffnung der Cavernen aus, ebenso Boërhave. S. Sharpe (1769) bemerkt, dass man Adhäsionen bei der Incision der Cavernen nicht trennen solle. Pouteau und David (1783) empfehlen Incision der Cavernen. Der betreffende Aufsatz des Letzteren wurde sogar preisgekrönt. 1797 eröffnete Dr. Faye Cavernen und spritzte sie aus. 1813 beschreiben Jaymes und Richerand geheilte Fälle. Hebenstreit (1805) nimmt mehrfache Incisionen vor, da eine einzige nie helfe. Callisen (1815) lehrt gleichfalls in seinem Lehrbuch die Thoracocentese. Nasse liess wandständige Cavernen (1824) incidiren. Krimer, Walter und Bricheteau glaubten besondere Vorsichtsmassregeln, theils eigenthümlicher Art, dabei anwenden zu müssen. Graux in Brüssel nahm 13 Mal die Operation vor. Ferner incidirten Breschet (1831), Macleod (1836), Claessens (1839), Hastings und Storks (1844), Herff (1844), Pepper und endlich auch Mosler (1873).

Verf. will aus den mitgetheilten Beobachtungen keine besonderen Schlüsse ziehen, findet aber jedenfalls Pleuraeröffnung zulässig bei acutem Pyopneumothorax, der durch Entleerung von Abscessen oder Caverneninhalt in die Pleura entstanden. Die Cavernen würde er nur dann incidiren, wenn dieselben stark secerniren und zu quälendem Husten und starkem septischen Fieber führen; vielleicht auch, wenn aus wandständigen Gefässen derselben allmälig erschöpfende Blutungen stattfinden, die anders als durch directe Behandlung nicht gedämpft werden können.

Die einmal vorhandene Phthise kann heute entweder nur so behandelt werden, dass man das erkrankte Gewebe mit stark reizenden und desinficirenden Mitteln durchsetzt oder dasselbe allmälig, am besten wohl auf galvanokaustischem Wege zerstört.

Verf. versucht vorläufig in einer grossen Krankenzahl das erstere Verfahren so, dass er in Chloroformnarkose mindestens 5 Spritzen Pravaz einer sehr starken Jodkaliumlösung von 5—8 Stellen der Haut auf etwa 30—60 Stellen des erkrankten Gewebes vertheilt und solche Injectionen alle 10—14 Tage wiederholt. **v. Mosengeil** (Bonn).

H. P. Bowditch. The lymph spaces in fasciae; a new method of injection.

(Quarterly Journal of microscopical science 1874 Jan.)

B. beschreibt seine Injectionsmethode der Lymphräume folgendermassen: man nimmt ein Stück Fascia, welches sorgfältig von dem lockeren Bindegewebe befreit ist und spannt es über den Hals einer Flasche. Eine Pravaz'sche Spritze wird mit Terpenthinlösung gefüllt und man sticht mit derselben schief in die Fascia; es ist dabei besonders darauf zu achten, dass die Spitze der Spritze nicht wieder aus der Fascia hervordringt. Wenn die Flüssigkeit aus der Spritze in die Fascia getrieben wird, so geht erstere nur eine kurze Strecke in den Lymphräumen vorwärts, während eine ansehnliche Flüssigkeitsmenge an der Einstichstelle ein Extravasat bildet. Nachdem man an verschiedenen Stellen am Rande des Fascienstücks solche Injectionen gemacht hat, lässt man es auf dem Hals der Flasche ausgespannt trocknen. Durch das Trocknen scheinen die Sehnenfasern etwas zu schrumpfen, während die Lymphräume sich in Folge dessen dilatiren und die Extravasatflüssigkeit aufsaugen. In dieser Weise lassen sich 2—4 Lagen feinster Lymphräume zwischen den Sehnenfasern demonstriren. Die getrocknete Fascie wird in Canadabalsam eingebettet und zwischen zwei Glasplatten gelegt. (cf. Ludwig und Schweigger-Seidel, die Lymphgefässe der Fascien und Sehnen. Leipzig 1863. Ferner: die Untersuchungen von Genersich, Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig. V. Jahrgang p. 53; der Ref.)

Tillmanns (Leipzig).

Domenico Severi. Osservazioni di Anatomia patologica: Faringite granulosa.

(Bulletino delle scienze mediche di Bologna 1873. Vol. 16. p. 225.)

Es wird gewöhnlich angenommen, dass der Hauptsitz der Veränderungen bei der Pharyngitis granulosa sich in der Schleimhaut selbst, oder in deren Drüsen befindet, während das submucöse Gewebe sich höchstens secundär betheiligt.

Die mikroskopische Untersuchung, die Verf. in einem Fall anzustellen Gelegenheit hatte, zeigte, dass die bekannten pseudohypertrophischen, granulationsartigen Hervorragungen der kranken Schleimhaut durch mehr oder weniger grosse Anhäufungen von wuchernden lymphoiden Zellen im submucösen Gewebe verursacht seien.

Diese Zellenhaufen sind ohne bestimmte Ordnung in oberflächlichen Schichten des submucösen Gewebes zerstreut, und liegen gewöhnlich um die Blutgefässe, oder um die Drüsenausführungsgänge herum. Sie sind nicht scharf begrenzt und werden nicht von besonderen Bindegewebszügen umgeben; die Zellen scheinen in Wucherung begriffen zu sein, sind nicht gross, besitzen einen von Protoplasma umgebenen, durch Carmin leicht zu färbenden Kern. Im Centrum

der Haufen tritt hier und da körnig-fettiger Zerfall ein, welcher jedoch nicht bis zur Verkäsung führt. —

Weder die Drüsenausführungsgänge, noch die Drüsen selbst zeigen bemerkenswerthe Veränderungen; die Schleimhaut ist einfach emporgehoben, sonst vollständig normal und nirgends eine Infiltration derselben durch lymphoide Zellen wahrzunehmen.

Die ursprüngliche Erkrankung bei der Pharyngitis granulosa besteht folglich nicht in einer Art von Hypertrophie oder Hyperplasie der Schleimhaut, ebensowenig wie in einer Veränderung der Pharynxdrüsen, sondern sie hat ihren Sitz in den oberflächlichen Schichten des submucösen Gewebes.

Man kann hingegen annehmen, dass secundäre Veränderungen obiger Partien in Folge von Circulationsstörungen und in Folge von Compression der Ausführungsgänge durch den Druck der Zellenhaufen eintreten können.

Verf. giebt übrigens zu, dass ein einziger Fall vorläufig keinen genügenden Nachweis liefert und verspricht weitere Mittheilungen.

Girard (Strassburg).

J. Schreiber. Ueber den Einfluss des Gehirns auf die Körpertemperatur.

(Archiv f. d. ges. Physiologie Bd. 8. p. 576—596.)

Tscheschichin's Versuche hatten zur Annahme eines Centrums im Gehirn geführt, dessen Laesion regelmässig eine Temperatursteigerung herbeiführen sollte. Da diese Erscheinung sich in Versuchen von Bruck und Guenther (Schülern Heidenhain's) nicht constant erwies, so machte sich Sch. an die nochmalige Prüfung dieser für Physiologie und Pathologie gleichwichtigen Frage. Die Versuche wurden ausschliesslich an Kaninchen angestellt, denen das Thermometer in den oberen Theil des Rectums eingeführt wurde. In seiner grösseren Versuchsreihe trat eine Temperatursteigerung ausnahmslos ein, wenn die Verletzung an der Grenze zwischen Pons und Med. oblong. angebracht wurde. Laesionen der übrigen Hirntheile, des Klein- und Grosshirns, des Pons und der Pedunculi cerebri hatten nur dann eine Temperatursteigerung zur Folge, wenn die Thiere durch Einhüllen in schlechte Wärmeleiter (Watte) vor Wärmeabgabe von der Körperoberfläche geschützt waren.

J. Munk (Strassburg i/E.)

H. G. Glandis A. M. M. D. of Niles, Ohio. Case of primary excision of the ankle-joint.

(The Americ. Journal of the Medic. Sciences 1874. No. CXXXIII. New Series.)

Von dem Messer einer Mähmaschine wurde das linke Fussgelenk eines 15jährigen Knaben so getroffen, dass der äussere Malleolus abgeschnitten, ein dünnes Segment der Gelenkfläche des Astragalus

abrasirt und die Weichtheile in solcher Ausdehnung getrennt wurden, dass der Fuss nur noch durch einen dünnen Haut-Lappen von 3 Zoll Breite an der Innenseite des Gelenkes, der aber art. und nerv. tibial. post. enthielt, mit dem Unterschenkel zusammenhing. Zwei Stunden nach der Verletzung wurde die Gelenkfläche der Tibia, der vorstehende Theil des Malleolus internus und noch ein Theil des Astragalus entfernt. Beide Enden der durchschnittenen art. tib. antic. wurden unterbunden. Zunächst wurde mit trockenem Lint, vom andern Tage ab aber mit in einer 1 % Carbolsäurelösung getränktem Lint verbunden. 30 Tage nach der Verletzung war die Wunde unter geringer Eiterung geheilt, mit Ausnahme der Stellen, wo die Ligaturfäden heraushingen. Nach 2 Monaten war die (ankylotische) Heilung des Fussgelenkes vollständig.

A. Burger (London).

Panthel. Ein unter dem Gebrauche von Chloralhydrat und Bromkali schnell und glücklich verlaufener Fall von Tetanus traumaticus.

(Deutsche Klinik 1874. No. 3, p. 17.)

Ein 17jähriger Mensch hatte sich eine 1 Cm. lange, gerissene Hautwunde am Nagelgliede des rechten Zeigefingers zugezogen. Nach 5—6 Tagen, während sich gleichzeitig in der Wunde ein Abscess bildete, aus welchem bei der Eröffnung einige grmms. guten Eiters entleert wurden, stellten sich in Zwischenräumen von 4—5 Minuten Anfälle tetanischer Contractionen in den Halsmuskeln, den Streckmuskeln der Arme, sowie im ganzen Stamme, mit gleichzeitigen Schlingbeschwerden ein. Darreichung von Chloralhydrat (2stündlich 1,0; Abends eine doppelte Dosis) und dann nebenher noch Bromkali (2stündlich $^2/_3$ grmm.). Von der Zeit der Darreichung an liess sich zuerst keine weitere Zunahme und Ausbreitung der Paroxysmen, sondern Stillstand auf der vorher erreichten Höhe beobachten, nach 3—4 Tagen dagegen ein deutlicher Nachlass in der Intensität und Frequenz der Anfälle. Vom 6. Tage an kam kein Anfall mehr, es erfolgte vollständige Heilung, indem unter dem Fortgebrauche von Bromkali kein Recidiv eintrat.

P. Bruns (Tübingen).

Bellamy. Befund nach Entfernung des Astragalus.

(Transact. of the pathol. Society of London 1873. p. 172.)

Wegen complicirter Fractur war vor 6 Jahren durch Canton der Astragalus entfernt worden; es hatten sich tibia und fibula mit dem Calcaneus knöchern vereinigt und das Kahnbein eine Gelenkverbindung mit dem vorderen Theile der Gelenkflächen der tibia und fibula eingegangen; die Sehnen der Extensoren und Peronaei hatten einige unregelmässige fibröse Anheftungen erfahren; die Flexoren waren ganz normal. Pat. hatte trotz der Ankylose brillant gehen können.

Pils (Stettin).

Dislocation of the spine. Reduction.

(The Boston Med. and Surg. Journal 1874. No. 10.)

Dieser Fall, den Verhandlungen der Michigan Medical Society entnommen und nicht sehr verständlich mitgetheilt, betrifft eine Luxation des 11. Dorsalwirbels nebst Bruch von dessen process. spin. und ausserdem noch Fractur 3 Rippen. Nachdem directer Druck, Extension und Contra-Extension vergeblich versucht waren, gelang die Reposition des luxirten Wirbels auf folgende Weise: der Operateur kniete nieder, zwei Assistenten fassten den Verletzten oben und unten an und flectirten ihn gewaltsam über das Knie des Operateurs, während letzterer mit der einen Hand einen Druck auf den zu reponirenden Wirbel ausübte. **A. Burger** (London).

Faivre. Empoisonnement saturné provoqué par des injections uréthrales de sous-acitat. de plomb liquide.

(Revue de therapeutique médic.-chirurg. 1874. No. 6. p. 147.)

Ein 23jähriger Mann hatte eines Trippers wegen Einspritzungen von Plumbum aceticum in die Urethra gemacht, ausserdem aber eine Fingerwunde mit einer Bleisalbe verbunden.

Er bekam alle Symptome der Bleivergiftung, welche aber nach einer geeigneten Behandlung schwanden. **Leisrink** (Hamburg).

Schinzinger. Ueber die Abnahme der starren Verbände. (Vortrag, gehalten am 2. Jan. 1874 im Verein der Aerzte in Freiburg.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 9, p. 99.)

Verf. bedient sich zur Entfernung von Gyps-, Wasserglas-, Magnesit-Wasserglas- und Leimverbänden einer unter die Contentivhülle geführten Kettensäge, mit welcher er die feste Decke nach oben durchsägt. Um die Kettensäge zwischen die Gypsbinden und Haut-, resp. Flanellunterbinde einzubringen, hatte Sch. beim Anlegen des Verbandes ein dem Seutin'schen Compressimeter entsprechendes, geöltes Band mit eingelegt, um bei dessen Herausziehen sodann die an sein Ende gebundene Kettensäge durchzuführen. Ist der Verband zu lang für die Kettensäge, so wird er in mehreren Abschnitten zersägt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 13. Juni.** **1874.**

Th. Billroth. Untersuchungen über die Vegetationsformen von Coccobacteria septica und den Antheil, welchen sie an der Entstehung und Verbreitung der accidentellen Wundkrankheiten haben. Versuch einer wissenschaftlichen Kritik der verschiedenen Methoden antiseptischer Wundbehandlung.

Berlin. **G. Reimer.** 1874.

(Schluss; cf. Centralblatt No. 10, p. 149.)

Auf die directe Frage: warum entwickeln sich die vielen in Luft und Wasser schwebenden Sporen von Coccobacteria in den Geweben des thierischen und menschlichen Körpers gar nicht, oder doch nur sehr selten, obwohl sie doch nach allen bisherigen Beobachtungen zweifellos in dieselben eindringen, giebt Verf. zur Antwort, dass viele dieser Sporen schon innerhalb der Ostien und ersten Wege des Organismus zu Grunde gehen müssen, da ihnen dort die

zu ihrer Entwickelung nöthige Flüssigkeit und die Ruhe fehlen. — Wenn aber auch, wie sicher constatirt ist, Elemente der Coccobacteria in einigen Geweben und Secreten des lebenden gesunden und kranken Organismus vorkommen, so finden sie doch auch hier für ihre Fortentwickelung, ihr üppiges Vegetiren ein mächtiges Hinderniss; dieses besteht, nach B., in der lebendigen, zellulären Action, in der »vitalen Kraft« der Gewebe. Die vitalen Processe in den Geweben erhalten die Gewebsflüssigkeiten und zum Theil auch die Secrete in einem Zustande, dass sie nicht unbedingt und nicht ohne Weiteres als Nährmaterial für Coccobacteria dienen können. Sie werden erst hierzu geeignet durch gewisse in Folge von Krankheit und Tod eintretende Umsetzungen ihrer Elemente. Das blosse Vorkommen von Coccobacteriasporen in diesem oder jenem Gewebe des lebenden Menschen soll überhaupt von keiner physiologischen und pathologischen Bedeutung sein, so lange nicht nachgewiesen ist, dass dieselben in dem Gewebe auch vegetiren; denn erst mit ihrer Vegetation beginnt auch ihre chemische Wirksamkeit. — Für das Blut lebender gesunder und kranker Menschen und Thiere ist bis jetzt der Nachweis noch nicht geführt. Allerdings sollen nach einigen Beobachtern (Davaine, Bollinger), denen sich B. nicht beizählen kann, im kranken Blute von Thieren (bei Milzbrand) Bacterien vorkommen. Dagegen meint B., dass nach allen ihm bekannten hierher gehörenden Beobachtungen, bis jetzt nicht sicher das Vorkommen von Bacterien im Blute gesunder oder kranker lebender Menschen constatirt sei, dass daher auch die ätiologische Beziehung der Bacterien zu septischen Erkrankungen und zur Fäulniss des Blutes keineswegs als ausgemacht zu betrachten sei.

Im Folgenden bespricht Verf. noch das Auftreten von Coccobacteriavegetationen im Abscesseiter, in Blutextravasaten, im Wundeiter und bei schweren, phlegmonösen Processen, wobei er die Gelegenheit benutzt, die neuesten Phasen der Entzündungslehre Revue passiren zu lassen.

Dass Eiter im normalen, unzersetzten Zustande, sei er nun gewonnen aus einem Abscesse oder von einer offenen Wunde, ein sehr ungünstiger Boden für Coccobacteriavegetation ist, erklärt B. nach Obigem damit, dass der Eiter eben bereits ganz bestimmte Qualitäten haben muss, wenn Micrococcos darin reicher gedeihen soll; dass aber dem Eiter im lebenden Organismus, besonders durch gewisse Formen acuter Entzündungen der umgebenden Gewebe, Stoffe zugeführt werden, welche seine chemische Zusammensetzung so modificiren, dass nun die Micrococcossporen üppig in ihm vegetiren können. Hört die Entzündung der Umgebung auf, wird der Eiter überall von kräftigem, gesundem Granulationsgewebe umgeben, und kann er ohne Hinderniss von der Granulationsfläche abfliessen, dann hört die Zersetzung des Eiters und damit auch die Micrococcosvegetation auf.

Wie demnach die Micrococcosvegetationen der ersten Eiterzer-

setzung folgen, und nicht etwa dieselbe erzeugen, so steht es nach B. ferner fest, dass die Micrococcosvegetationen zu den ersten Anfängen der schwersten Phlegmonen, welche sich zu frischen Wunden hinzugesellen, und zu der Progression dieser Processe durchaus in gar keiner Beziehung stehen. Die Fortleitung der Entzündung in solchen Fällen soll vielmehr ein chemischer Körper vermitteln, der am Orte der Reizung durch die Entzündung entsteht, und nun, wie ein Ferment wirkend, die Nachbarschaft in dieselbe Entzündung versetzt. Diesen Körper nennt B. das phlogistische Zymoid.

Ueber die Beziehung der Coccobacteria zu einigen eigenthümlichen Formen localer accidenteller Wundkrankheiten — der Gegenstand der nun folgenden Abhandlung — können wir uns hier kurz fassen, da nach B.'s Untersuchungen die Gegenwart genannter Vegetationen in gewissen Stadien und gewissen Producten dieser Krankheiten an der bisherigen Auffassung des einzelnen Krankheitsprocesses nichts ändert; d. h. man sei nach den bisherigen Untersuchungen nicht berechtigt, den Coccobacteriavegetationen, wie sie sich, im Verlaufe des diphtheritischen Processes (diphtheritische Phlegmone, Schleimhautdiphtherie, Harndiphtherie, Schleimspeicheldiphtherie) und der phagedänischen Gangrän (Hospitalbrand), im Infiltrat und dem Brei der erkrankten Gewebe zeigen, eine besondere Bedeutung beizulegen. Auch für die Annahme, dass Erysipelas eine bacteritische Krankheit sei, fehlt nach B. ebenso sehr die nothwendige Stütze, wie für eine Vermuthung, die kleinen pflanzlichen Organismen möchten zur Lymphangoitis und Lymphadenitis eine besondere Beziehung haben. Ebenso sollen dieselben keine directe genetische Beziehungen zur Phlebitis und Thrombose haben, wie solche zu Verletzungen und acuten Entzündungen hinzutreten.

Mit Rücksicht auf die Hypothese von einer haematozymischen Wirkung der Micrococcen erscheint es B. viel wahrscheinlicher, dass die Blutveränderung, welche bei septischen Processen eintritt und durch welche der Tod herbeigeführt wird, durch einen bestimmten Körper veranlasst wird, der in den lokalen Erkrankungsheerden entsteht, und zwar unabhängig von Micrococcosvegetationen, und von da fertig dem Blute zugeführt wird. Dieser fermentähnlich wirkende Körper scheint dem »phlogistischen Zymoid« sehr nahe verwandt, ja vielleicht mit ihm identisch zu sein, worauf auch die von B. gebrauchte Benennung »septisches Zymoid« hindeutet.

Es wären darnach die chemischen Vorgänge im Parenchym der acut entzündeten Gewebe denjenigen in faulenden Geweben nahezu analog. — Dennoch hält B. die Krankheitsformen, welche unter den Begriffen Wundfieber, Septhaemie und Pyohaemie zusammengefasst werden, aus klinischen Gründen auseinander. Was die Impfung und Contagion der accidentellen Wundkrank-

11*

heiten betrifft, so betont schliesslich B. noch, dass zu ihrer Erklärung die Coccobacteriavegetationen durchaus nicht nothwendig seien; doch spricht Manches zu Gunsten der Annahme, es könnten die Coccobacteriavegetationen, ja nur diese, die specifischen Contagien aufnehmen, in sich eine Zeit lang fixiren, und durch ihre eigene rapide Vermehrung rapid vermehren.

Indem wir das grösste Gewicht auf die Untersuchungen legen, über welche bisher referirt worden, erscheint uns der letzte, therapeutische Theil des Werkes mehr als ein Anhang, geeignet, die Wichtigkeit der vorstehenden Untersuchungen für die praktische Chirurgie und speciell für die Würdigung der verschiedenen gebräuchlichen Wundbehandlungsmethoden zur Geltung zu bringen. Nachdem B. kurz die Experimente angeführt über den Einfluss verschiedener Substanzen, wie Zucker, Salze, Säuren, Alkohol und zahlreicher sog. antiseptischer Mittel auf die Entwicklung von Coccobacteria und den Fäulnissprocess, bespricht er die verschiedenen Methoden sog. antiseptischer Wundbehandlung (subcutane Operationen, Behandlung mit Aetzmitteln, unmittelbare Vereinigung der Wunden, offene Wundbehandlung, Immersion und Irrigation, Behandlung der Höhlenwunden) und schliesst endlich mit einer Abhandlung über Desinfection und einer Kritik der antiseptischen Verbandmittel.

Des eingehenden Studiums dieses inhaltsreichen Werkes wird sich Niemand entschlagen können, der für die wichtigsten chirurgischen Tages-Fragen ein Interesse besitzt. Auf manche der neuern Arbeiten, welche auf demselben Gebiete erschienen, werfen Billroth's Untersuchungen schon jetzt ein erwünschtes, kritisches Licht; und manch' weitere Arbeit wird zweifelsohne durch dieselben ins Leben gerufen werden. **Krönlein** (Berlin).

Dr. O. Heyfelder. Kriegschirurgisches Vademecum.

1874. Verlag von **Ed. Hoppe** in St. Petersburg.

Wenn für irgend ein kriegschirurgisches Lehrbuch der Titel »Vademecum« passend ist, so gilt dies von dem, welches uns eben zur Charakteristik und Kritik vorliegt. In der That begleitet es den Militärchirurgen auf Schritt und Tritt, mag er nun hinter der Truppe im Kugelregen, mag er im Feld, mag er im Reservelazareth seine Thätigkeit suchen. Das Werk zerfällt in zwei Theile, einen allgemeinen und einen speciellen. Der erstere beginnt mit der ärztlichen und Laien-Thätigkeit auf dem Schlachtfelde selbst, beschreibt dann den Transport der Verwundeten nach dem Verbandplatze, überall die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der freiwilligen Hülfe benutzend, dabei aber auch stets praktische Winke gebend für die Fälle des Mangels und der Noth. Im dritten Capitel ist es die operative Thätigkeit im Feldlazareth, also die primär vorzunehmenden Operationen, welche besprochen werden. Es folgt der Transport nach

den entfernteren Reservelazarethen, wo der Verwundete bis zu seiner Genesung womöglich bleiben soll. Der Lagerung, dem Verbande, der allgemeinen Wundbehandlung, den hier vorkommenden Operationen ist in dem Capitel »Im Lazareth« reichlicher Raum gegönnt. Wir stimmen hier mit den vom Verf. verfolgten Principien im Grossen und Ganzen vollkommen überein; wir hätten ein weniger absprechendes Urtheil über die Lister'sche Methode (pag. 150) gewünscht, um so mehr, als sich dasselbe nur auf die Berichte eines einzigen Autor's (Güterbock) stützt.

Die nächsten vier Capitel behandeln in kurzen Zügen die Wasserbehandlung in der Kriegsmedicin, consecutive Wundkrankheiten, deren Complicationen und schliesslich sämmtliche im Felde vorkommende intercurrirende Krankheiten. Die meist gedrängte Darstellung der Krankheitssymptome und des Verlaufs wird hinlänglich durch den Mangel an Raum gerechtfertigt.

Ausführlicher und wir glauben mit vollem Recht, bespricht der Verf. im Folgenden die Installation der Verwundeten und Kranken, die Benutzung vorhandener, die Herrichtung improvisirter Lazarethe, insbesondere den Bau der Zelt- und Barackenlazarethe. Auch hier sind die neuesten Erfahrungen zweckmässig verwerthet, daneben aber auch den Fällen des Mangels und der Noth überall Rechnung getragen. Den Schluss des allgemeinen Theils bilden zwei Capitel über allgemeine Verwundetendiät und Begräbnissplätze. Der specielle Theil, welcher, um dem Werk den Charakter eines Compendiums zu wahren, sehr beschränkt werden musste, enthält die kurze Beschreibung sämmtlicher Operationen, welche dem Kriegschirurgen vorkommen. Die Transfusion, die Uranoplastik und die Tracheotomie sind hierbei nicht vergessen.

Sollen wir schliesslich noch den Totaleindruck schildern, den das Werk auf uns gemacht, so müssen wir diesen als einen durchaus günstigen bezeichnen. Auf 250 Seiten in Octav (mit zahlreichen Holzschnitten) enthält dasselbe so viel wissenswerthes Material, dass wir es jedem angehenden, aber auch dem bereits erprobten Militärchirurgen warm empfehlen können. **Herm. Lossen** (Heidelberg).

Van Someren. The Leper Hospital, Madras.

(Med. tim. and gaz. 1874. März 28, April 4, April 18.)

S. giebt zunächst einen genauen Bericht über die äusseren und inneren Einrichtungen des Lepra-Spitals zu Madras. Beide Formen, die mit und die ohne Knotenbildung, kommen vor, letztere sich durch gleich anfangs eintretende Anästhesien und langsameren Verlauf auszeichnend.

Unter 628 Fällen gehörten 259 der ersten, 369 der zweiten Form an; in 459 Fällen war Anästhesie vorhanden.

In 14,34% liess sich Heredität nachweisen, in 65 von 117 darauf untersuchten Fällen war Malaria vorhergegangen.

Der Urin reagirte in 100 untersuchten Fällen 42 Mal alkalisch, 56 Mal neutral, enthielt 40 Mal Eiweiss.

Die Mortalität betrug 16,165% im Jahre.

Von der Ansicht ausgehend, dass Lepra eine chronische Bluterkrankung sei (Verminderung der rothen Körperchen, Vermehrung des Eiweiss!), das Resultat einer nach jeder Seite hin schlechten Körperpflege, besteht die Behandlung S.'s vor allem in einem allgemein roborirenden Verfahren.

Nach neuern Erfahrungen gesteht S. dem Oel der Akaju-Nuss einigen Einfluss auf die Knoten, nicht die Krankheit selbst zu. Carbolsäuredämpfe sind vergeblich versucht worden.

Zur Zeit werden Versuche mit Bals. dipterocarpi gemacht. In einem Zusatz (Med. Tim. and Gaz. 4. April 1874) erklärt S., seine Erfahrungen sprächen gegen Contagiosität, Uebertragbarkeit durch geschlechtlichen Verkehr und Impfbarkeit der Lepra.

Ranke (Halle).

A. Poncet. Ueber die albuminöse Periostitis.

(Gazette hebdom. 1874. No. 9 und 12.)

Mit dem Namen »albuminöse Periostitis« bezeichnet Ollier eine Form, welche sich anatomisch durch Anhäufung einer visciden, albuminoiden, durchscheinenden, synoviaähnlichen Flüssigkeit unter der entzündeten Beinhaut kennzeichnet. Albuminös, weil alle serösen Ergüsse, ihrer chemischen Zusammensetzung nach, diesen Namen verdienten. Diese während der Wachsthumsperiode auftretende Periostitis hat ihren Hauptsitz in der unmittelbaren Nähe der Epiphyse, also an Knochenpartieen, welche in dieser Lebensperiode in beständiger physiologischer Activität sind. Besonders gern erscheint sie am unteren Ende des femur und am oberen des humerus. Punctirt man die Geschwulst, so tritt die oben beschriebene Flüssigkeit aus, an der insbesondere das viscöse, eiweissähnliche Ansehen charakteristisch ist; etwaige Fetttröpfchen darin deuten auf Mitbetheiligung der medullaren Räume des Knochens an der Entzündung; im letzteren Falle hat man also eigentlich eine Osteoperiostitis vor sich. Wiederholte Punctionen in demselben Falle lassen das Exsudat späterhin trüber erscheinen; es kann auch Resolution eintreten, geschieht dieses aber nicht, so kommt es allmälig zur Eiterung, wobei man dann auch gelegentlich den Knochen entblösst findet.

Die chemische Untersuchung des Exsudates bei der sog. »album. Periostitis« zeigte reichlichen Gehalt an phosphorsaurem Kalk, woraus P. die Provenienz der Flüssigkeit vom Knochengewebe ableiten und ihren Unterschied von anderen ähnlichen Exsudaten feststellen möchte.

Die Entstehungsursache des Leidens ist in Erkältung, seltener in Trauma zu finden. Es beginnt mit localem Schmerz, besonders

in der Nacht, dann folgen Anschwellung und Fieber, und während das erste und letzte Symptom schwindet, bleibt die Schwellung und es kommt zur Fluctuation.

Die Behandlung besteht nach Ollier in einem immobilisirenden, gefensterten Verbande. Lokal Collodium oder Jodtinctur, Blutegel im Beginne; innerlich Calomel; bei heftigen Schmerzen Vesicatoires volants und bei langsamer Resorption die Punction mit einem feinen Trocar.

P. beschreibt schliesslich einen einschlägigen Fall, wo an einem 15jährigen, lymphatischen Individuum dieses Leiden nach einer Erkältung eintrat. Ollier machte wiederholte Punctionen und legte, als Eiterung zu besorgen stand, auf die Geschwulststelle einen breiten Streifen mit Wiener Aetzpaste, darüber kam ein immobilisirender Verband. 4 Wochen darnach Entfernung des Verbandes; Geschwulst viel geringer, etwas Eiterung an der Aetzwunde. Patient hatte nahezu 4 Jahre mit seinem Leiden zu thun, während welcher Zeit wiederholt alles geheilt schien, dann wieder eine Fistel entstand. Als die Heilung erfolgt war, zeigte die Messung den kranken Arm um 13 Mm. kürzer, als den gesunden. **Fr. Steiner** (Wien).

Wilhelm Irschik. Ueber den Einfluss der Schwere des Blutes auf den Seitendruck der Venen in entzündeten und nicht entzündeten Gliedern.

(Inaug.-Dissert. Dorpat. 1874. 51 Seiten.)

Angeregt durch die von R. Volkmann zuerst empfohlene und jetzt allgemein als treffliches Antiphlogisticum erprobte verticale Suspension entzündeter Glieder, suchte Verf. genauer experimentell an Thieren die Grösse der Druckschwankungen zu bestimmen, die bei Hoch- und Tieflagerung in der Vene eines Körpertheiles eintreten. Es wurden dazu eine Reihe von Hunden benutzt und zwar die Vena jugul. extern. zum Experiment gewählt, weil es an dieser am leichtesten ausführbar erschien. Die Thiere wurden nach Narkotisirung mit Curare und Einleitung künstlicher Athmung so auf einem um eine horizontale Axe beweglichen Holzrahmen befestigt, dass beliebig der Kopf und der Rumpf erhoben resp. gesenkt werden konnten, ohne dass die Vene erheblich ihren Platz änderte. Alle Zerrung und Erschütterung sollte dabei soviel als möglich vermieden werden. Eine in die Vene eingebundene 3schenkliche Kanüle stand mit einem mit Salzlösung gefülltem Manometerrohr und einem Kymographion in Verbindung. Es zeigte sich nun in allen Versuchen regelmässig bei Erhebung des Kopfendes, resp. Senkung des Fussendes bis zur Senkrechten eine bedeutende Druckminderung (im Mittel ein Druckabfall auf 114 Mm. unter Null); bei Erhebung des Fussendes, resp. Senkung des Kopfendes trat das Umgekehrte ein, d. h. eine beträchtliche

Druckerhöhung (im Mittel aus 8 Versuchen 128 Mm.; bei 3 weiteren Versuchen im Durchschnitt 110 Mm. über Null). Was die Form der Curven anlangt, so zeigten sie, dass der Druckabfall anfangs nur allmälig eintrat, dann, je stärker die Senkung des Fussendes wurde, sich rapid gestaltete, um noch eine Zeit lang nach Erreichung der senkrechten Stellung fortzudauern.

Die Resultate nach Erregung von Entzündung am Kopfe (durch subcutane Injection von Eiter) in 3 Experimenten waren im Wesentlichen gleiche: beim Heben des Kopfes bedeutender Druckabfall, beim Senken Drucksteigerung; nur waren die Druckhöhen im Mittel geringer, worauf Verf. aber kein Gewicht legt, da die Zahl seiner Versuche an entzündeten Theilen zu gering ist. — Schliesslich hätte Verf. gern gleichzeitig Messungen an der entzündeten und der correspondirenden gesunden Extremität ein und desselben Thieres angestellt, doch hat er keine Gelegenheit dazu gehabt.

Wenn man nun die Druckhöhe in der Vene als Maass für den Spannungsgrad in dem zugehörigen Capillarsystem betrachtet, was man mit gewissen Einschränkungen im Allgemeinen thun kann, so muss, wenn bei Suspension die Wirkung der Schwerkraft des Blutes auf die zurückliegenden Capillaren aufgehoben wird, die bedeutende Druckverminderung in den Venen sich auch auf das Capillargefässsystem erstrecken und dadurch den entzündlichen Processen — mögen sie in Transsudation flüssiger Blutbestandtheile, oder in Auswanderung der Blutkörperchen beruhen — entgegenarbeiten, zumal es nicht undenkbar ist, dass unter solchen Verhältnissen auch ein negativer Druck im Blutgefässsystem eintreten und einen Rücktritt von Parenchymflüssigkeiten, resp. Transsudaten in das letztere veranlassen könnte.

A. Bidder (Mannheim).

Luigi Porta. Ueber Epidermis-Pfropfung auf Wunden.

(Vorgelesen im Kgl. Lomb. Institut für Wissenschaft. Sitzung vom 18. Decbr. 1873, 29 Seiten in 4°.)

Prof. P. überpflanzte im Verlaufe von 2 Jahren (1871—1873) 2516 Epidermisstückchen auf 119 Kranke. Von den Epidermisstückchen hafteten 453 und schlugen fehl 1755. Zieht man von den 2516 Impfstückchen 282 ab, welche von Thieren oder Vesicator-, Erysipelblasen abstammten, so bleiben 2234 genuine Impfungen auf 119 Kranke übrig, von denen 444 gelungen, und 1481 missglückt sind. Somit gelang die Transplantation bei nicht ganz $^1/_4$ der Epidermisstückchen.

P. entnahm die Hautstückchen von der Grösse von 1 bis 2 □Mm. mit der Lancette dem lebenden Menschen und verwirft das Entnehmen von Leichen als Spielerei. In 49 Fällen wurde die Epidermis von Vesicator- und Erysipelblasen überimpft, doch stets ohne Erfolg. Dahingegen beobachtete P., dass die Epidermis solcher Blasen an Ort und Stelle, wo sie abgehoben wurde, sich wieder anlegen könne.

Von den zahlreichen Impfversuchen von Thierhaut (Kaninchen, Hunde, Tauben, Hühner) hafteten blos 7 vom Hunde.

Nach P. sind zwei Bedingungen zum Gelingen nöthig: zunächst muss das Impfstückchen mit seiner breiten Fläche anhaften und zweitens muss es in wenigen Tagen (5—8) von der periferen Narbe her erreicht werden. Geschieht dies nicht und bleibt das Stückchen mehr als 8 Tage isolirt, d. h. von der periferen Narbe getrennt, so geht es immer zu Grunde (?). P. läugnet auf das Entschiedenste, dass je eine Epidermisproduction von dem Impfstückchen ausgehe. Er hat nie etwas Aehnliches beobachtet; stets behielt das Stückchen die ursprüngliche Grösse. Am besten konnte er dies an 27 gelungenen, einer Negerin entnommenen Impfungen constatiren.

Ref. kann nicht umhin hervorzuheben, wie arg zuweilen der Zufall mitspielen kann. Ist es nicht höchst sonderbar, dass ein so gewissenhafter Forscher wie P. bei 444 gelungenen Impfungen niemals die geringste Epidermisneubildung von den Impfstückchen ausgehen sah? Ref. nimmt auf seiner Abtheilung die Impfstückchen immer von Leichen, wenn nicht gerade durch chirurg. Operationen Haut gewonnen wird. Gerade gegenwärtig besitzt Ref. einen Fall von ausgedehnter Verbrennung des Oberarms, wo ungefähr 20 Stückchen, einer Leiche entnommen, ganz fest haften. Dieselben sind der Mehrzahl nach noch lange nicht mit der periferen Narbe verschmolzen, doch fast jedes derselben producirt zusehends und stets zunehmend um sich einen Hof von neuer Epidermis.

Menzel (Triest).

C. Mazzoni. Ueber das Sarkom.

(Archivio di medic. chir. e igiene. Anno VI, Fasc. 4⁰, p. 201—209. Roma.)

Von grösstem Interesse ist der Fall, welcher Veranlassung zum Vortrag gab.

An einem Kinde (Alter?) wurde im vorigen Jahre eine reine Teleangiektasie an der Wange von M. selbst durch Impfung von Vaccinelymphe und Bepinseln der Wundfläche mit Liquor ferri geheilt. Gegenwärtig findet sich an Stelle der Teleangiektasie ein hühnereigrosser fester Tumor, der mit der Narbe innig zusammenhängt. Nach Angabe der Mutter soll der erste Beginn der Geschwulst sich zwei Monate nach Heilung der Teleangiektasie gezeigt haben. M. erzählt, dass er zweimal die Entwicklung bösartiger Geschwülste an Stellen sah, wo er Teleangiektasien (tumor sanguigno) geheilt hatte, ohne jedoch Näheres über diese Fälle mitzutheilen. D. Durante erklärt sich dieses Vorkommen durch Zurückbleiben irgend eines Theiles embryonalen Gewebes, wie es sich an Teleangiektasien vorfindet. Dieses übrig gebliebene embryonale Gewebe sei der Ausgangspunct für die Neubildung.

Die Geschwulst des Kindes (Wange) wurde galvanokaustisch

exstirpirt. Leider ist die histologische Structur derselben nicht angedeutet.

Bei der Aufzählung der verschiedenen Sarkomgattungen im allgemeinen Theile vermisst Ref. dass alveoläre Sarkom von Billroth, welches doch als eine unabweisliche Varietät allgemein anerkannt wird. **Menzel** (Triest).

Prof. G. Bizzozero in Turin. Ueber die innere Grenzschicht der menschlichen serösen Häute.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. Nro. 14. p. 210.)

Unter dem Endothel verschiedener Serosae befindet sich eine zarte Membran, welche sich besonders am Peritoneum intestinale und an der Pleura parietalis leicht isoliren lässt, an frischen sowohl, wie an gehärteten Stücken. Sie bildet eine ununterbrochene Schicht, welche über der inneren Oberfläche der Grundhaut (Ludwig) der Serosa ausgespannt ist. Es scheint daher an der menschlichen Pleura eine offene Ausmündung der Lymphgefässe nicht stattzufinden.

A. Bidder (Mannheim).

Prof. W. Krause in Göttingen. Histologische Notizen.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 14. p. 211.)

Verf. hat gefunden, dass in den menschlichen Fingergelenken die sensiblen Nervenfasern mit eigenthümlichen Terminalkörperchen, welche er vorläufig Gelenknervenkörperchen nennt, in der Synovialmembran endigen. Sie haben weder mit den an der Aussenfläche der fibrösen Gelenkkapsel befindlichen Vater'schen Körperchen Aehnlichkeit, noch mit der Nicoladoni'schen unter dem Endothel gelegenen nervösen Endverzweigung. **A. Bidder** (Mannheim).

Del Greco. Eine neue bequeme Art zu cauterisiren.

(Imparziale 1874. No. 9. p. 257—260.)

Das bequemste und häufigste Aetzmittel in der Chirurgie sei der Höllenstein; doch sei für viele Fälle dessen Wirkung zu schwach. Um sie zu verstärken, empfiehlt G. über den weissen Lapisschorf mit einem glatten reinen Zinkstift zu fahren. Dadurch wird der weisse Schorf augenblicklich schwarz, greift tiefer und stösst sich später ab. G. hält den Versuch, den Vorgang chemisch zu erklären für unnöthig.

Menzel (Triest).

M. Ollier. Sur un nouveau procédé de rhinoplastic par lambeaux à double épaisseur.

(Gaz. médic. 1874. No. 16. p. 102.)

Zur Erzielung einer stärkern Prominenz der neugebildeten Nase hat O. die Combination des Stirnlappens mit einem von den Nasen-

stumpf genommenen Lappen vorgeschlagen und in einer Reihe von Fällen mit sehr gutem Erfolge ausgeführt.

Der erste Act der etwas complicirten Operation besteht in einem sorgfältigen Abpräpariren der Weichtheile vom Nasenstumpf. Es wird eine Art Hautbrücke gebildet, die nur an ihren beiden Enden, d. h. nach den Wangen hin mit den Weichtheilen des Gesichts in Verbindung bleibt. Wenn dieser Nasenlappen gut gelöst und frei beweglich ist, wird aus der Mitte der Stirn bis zur Grenze des Haarwuchses ein zweiter mindestens 15 Centim. langer Lappen ausgeschnitten. Bei jungen Individuen wird dabei das Periost mitgenommen. Dieser Stirnlappen wird nun, wenn er gehörig mobil ist, ohne alle Drehung des Stieles umgeklappt und derartig unter den oben beschriebenen Nasenlappen geschoben, dass seine Hautoberfläche nach der Schleimhaut der Nase hin zu liegen kommt, die ursprünglich untere, blutige Fläche dagegen sich mit der des Nasenlappens deckt. Die weitere Modellirung der Nase, die Bildung der Nasenlöcher und des Septums wird erst später vorgenommen und bietet nichts besonderes dar. Die beiden Lappen verkleben und verwachsen an den Berührungsflächen, während der oberste unbedeckte Theil des Stirnlappens der Granulation und Narbenbildung überlassen wird.

Das Verfahren erleidet eine kleine Modification bei zu grosser Zerstörung oder bei zu grosser Depression der Nase. Im letzteren Falle wird die überschüssig vorhandene Spitze (?) des Stirnlappens untergefaltet und der Lappen sodann fixirt. Im ersten Fall dagegen, also bei vollständigem Mangel des Nasenlappens wird eben jene Spitze nach vorn umgeschlagen und an die Unterlage angeheftet. Den Stiel des Stirnlappens schneidet O. späterhin nicht aus, um die Ernährung der neugebildeten Nase in keiner Weise zu beeinträchtigen und um damit einer Schrumpfung derselben vorzubeugen.

Eine knöcherne Regeneration wurde bei Ablösung des Periosts niemals erzielt. Das Periost blieb stets fibrös, trug jedoch nach O.'s Ansicht wesentlich zur Befestigung der neuen Nase bei. — M. Dolbeau hat bei zu grosser Zerstörung der Weichtheile der Nase zwei laterale Lappen aus der Wangenhaut genommen und sie in ähnlicher Weise auf den untergelegten Stirnlappen fixirt. Die Resultate waren keine besonders glücklichen. **O. Volkmann** (Halle).

Wilhelm Meyer in Kopenhagen. Ueber adenoide Vegetationen in der Nasenrachenhöhle.

(Arch. für Ohrenh. Neue Folge I. p. 241—254. II. p. 129—157 und p. 241—274 mit 3 Tafeln Abbildungen.)

Verf. beschreibt einen pathologischen Zustand des Nasenrachenraums, der in dem Vorkommen verschieden geformter, meist mehrfacher, oberflächlicher, gutartiger Geschwülste besteht. Dieselben

werden von kammförmiger, zapfenförmiger, plattenförmiger Gestalt, meist weich, brüchig, von lebhaft rother Farbe und grossem Blutreichthum angetroffen. Ihr Sitz ist vor allem das Dach, nächst ihm die hintere Wand, dann die Seitenwände und am seltensten die vordere Wand des N. R. R. (Weicher Gaumen, Choanen).

»Die mikroskopischen Bilder der untersuchten Schnitte zeigen auffallende Uebereinstimmung unter einander und entsprechen in ihrem Bau durchaus dem von His sog. adenoïden Gewebe. Es sind diese Geschwülste vor allem mehr oder weniger kolossale Entwickelungen der Tonsilla pharyngea oder Wucherungen des praeformirten adenoïden Gewebes der Wände des N. R. R.«

Verf. beobachtete seit dem Ende des Jahres 1867 175 einschlägige Fälle und kommt zu der Ansicht, dass in Dänemark und England mindestens 1% aller Kinder an diesem Uebel leide.

Adenoïde Wucherungen im N. R. R. entwickeln sich so gut wie ausschliesslich im kindlichen Alter; eine gewisse Familiendisposition scheint nicht in Abrede gestellt werden zu können; chronische Catarrhe, Scrophulose, lokale Reize (bei gespaltenem Gaumen z. B.) sind unter den näheren ätiologischen Momenten anzuführen.

Der Symptomencomplex, den die Affection macht, ist ein überaus charakteristischer; der Gesichtsausdruck erhält etwas so eigenthümliches, dass meist ein Blick genügt, die richtige Diagnose zu stellen. »Der Mund steht in ausgeprägten Fällen weit offen; nur durch ihn allein geschieht die Athmung. Die Kranken bewegen ihre Lippen in ungeordneter Weise, halb automatisch. Der Blick hat etwas eigenthümlich Trübes. Die Nase nimmt ein scharfes, zusammengekniffenes Aussehen an und zwar fallen besonders die Flügel ein«.

Die Kranken haben nicht selten das Gefühl, als befinde sich ein Fremdkörper in den hinteren Theilen der Nase, ihre Aussprache wird fehlerhaft, die Laute klingen dumpf, kurz, die Nasalen können nicht ausgesprochen werden.

Es stellen sich auch einmal mehr oder weniger profuse Blutungen aus den Geschwülsten ein und fast immer pflegen consecutive Erkrankungen des Mittelohres hinzuzutreten. In der Hälfte der Fälle findet man zugleich Pharyngitis granulosa.

Sicher gestellt wird die Diagnose durch unmittelbare Inspection bei Gaumenspalte oder von den Nasenlöchern aus; dann durch Betrachtung mit dem Rhinoskop und schliesslich durch die Digitaluntersuchung. Letztere ist bei weitem die wichtigste; sie giebt uns hinreichenden Aufschluss über Anzahl, Grösse, Oberfläche, Standort, Consistenz und den Blutreichthum der Vegetationen.

Die Prognose ist insofern eine günstige, als fast ausnahmslos die Geschwülste im Jünglingsalter stationär bleiben und im Mannesalter verschwinden; die Blutungen sind selten so profus, dass von ihrer Seite Gefahr droht.

Dennoch erheischt die Lästigkeit des Uebels und vor allem eine

complicirende Ohrenaffection so früh als möglich die operative Entfernung der Granulationen.

Innere Mittel erweisen sich als vollkommen machtlos. Von den örtlichen wendet M. adstringirende Lösungen mittelst der Weberschen Nasendouche und Aetzungen mit Lapis infernalis als die mildesten bei leichten Formen ausschliesslich an. Er bedient sich verschieden gebogener Drähte mit aufgesetzter geriefter Silberplatte als Aetzträger; sie werden durch den Mund in den N. R. R. eingeführt und mit der armirten Fläche gegen die Wucherungen gedrückt. Das überschüssige Silbernitrat wird sofort durch 2% Chlornatriumlösung neutralisirt und Heilung in 1—2 Monaten erreicht.

Sehr weiche Geschwülste zerquetscht M. durch Fingerdruck; consistentere sind in dieser Weise nicht zu zerstören. Verf. bedient sich zu ihrer Entfernung eines 1,5 Cm. breiten, einseitig geschärften Ringes, welcher von einem etwa 25 Cm. langen Stiel getragen wird. Das Instrument führt M. durch den unteren Nasengang in den N. R. R. ein, drückt es mit dem per os eingebrachten Zeigefinger der anderen Hand gegen die Wucherungen und kratzt dieselben möglichst vollständig ab. Die ziemlich profuse Blutung wird durch längeres Bespülen mit kaltem Wasser gestillt und folgt dann sofort die Aetzung mit Lap. inf.

Seitlich aufsitzende Wucherungen zerdrückt Verf. mit einem dem Heurteloup'schen Lithontriptor nachgebildeten Instrument, das wie ein Tubacatheter durch die Nase eingeführt wird, oder zerstört sie unter Leitung des Spiegels durch Anwendung der Galvanokaustik.

Als übele Zufälle nach der Operation wurden in etwa 1,5% der behandelten Fälle acute Mittelohrentzündungen beobachtet.

Die Nachbehandlung bestand in häufiger Anwendung der Nasendouche, mehrmaligen Aetzungen und Uebungen im Athmen durch die Nase und im Sprechen.

[Ref. beobachtete und behandelte, durch die Mittheilung von M. aufmerksam auf die gedachte Affection geworden, seit dem August v. J. 9 Fälle von adenoiden Wucherungen des N. R. R. Er bediente sich zur Abtragung der Geschwülste nicht des schneidenden Ringes von M., sondern eines 1,5 Cm. langen Blechfingers, der an seinem vorderen Ende schräg abgeschnitten, nach innen leicht umgebogen und geschärft war. Das Instrument wurde auf das Endglied des Zeigefingers gestülpt und durch den Mund in den Nasenrachenraum eingeführt.

Anstatt der von M. angegebenen Aetzträger verwendete Ref. eine an den entsprechenden Stellen mit Lapis glasirte Metallkuppe (Fingerhut). Der operirende Finger würde durch eine Oeldecke oder einen Gummiüberzug gegen das herabfliessende Arg. nitr. geschützt.

Die Vortheile dieses ausserordentlich vereinfachten Verfahrens sind in die Augen springend. Ein Abgleiten der Instrumente ist nicht zu fürchten, da sich während der Operation die Wandungen

des N. R. R. stark contrahiren, und so das Instrument nur fester auf die Fingerkuppe drücken können.] **Eysell** (Halle).

»On calculus in the female«. Clinical lecture, by Chr. Heath.

(Med. tim. and gaz. 1874. April 11.)

In einem klinischen Vortrage über Blasensteine bei Frauen, die nach seiner Ansicht häufiger, als man gewöhnlich annimmt, vorkommen, empfiehlt H. dringend die von ihm geübte Digitalexploration der Blase durch die Urethra.

In der Chloroformnarkose und Steinschnittlage der Patientin wird eine Leitsonde in die Blase eingeführt, dann nach unten gedrückt. Ueber ihr drängt sich dann der Zeigefinger oder bei zu grossen Wiederständen der kleine Finger in die Blase. Die Schleimhautrisse, die erfolgen, sind ungefährlich; tiefere Verletzungen kommen nicht vor und die folgende Incontinenz dauert meist nur 24 Stunden. Namentlich bei Fremdkörperextractionen ist diese Methode nach ihm von unschätzbarem Werthe.

Bei einer derartigen Dilatation der Urethra ist es natürlich, dass ihm nur für die grössten Steine bei sehr gereizter, eine Zerkleinerung unmöglich machenden Blase ein Steinschnitt erforderlich scheint — und zwar für Erwachsene der Vaginalschnitt, für Kinder der »Lateralschnitt nach Dr. Buchanan«.

Den permanenten Katheter verwirft er. **Ranke** (Halle).

On Ichthyosis linguae. Royal medical and chirurgical Society 24. 2. 74.

(Med. tim. and gaz. 1874. March 21.)

Clarke verlas eine Arbeit über Ichthyose der Zunge, der 9 ausführlich, 8 kurz berichtete, in der Med. tim. nicht mitgetheilte Fälle zu Grunde liegen. Die Affection beginnt mit einer Art warzigen Hyperplasie, befällt ausschliesslich die Zunge und die Innenseiten des Mundes, breitet sich langsam ohne Schmerzen aus, und geht nach einigen Jahren in Epithelialkrebs über.

Mikroskopisch sieht man eine Vergrösserung der Papillen, eine Verdickung des Epithels, eine kleinzellige Infiltration der tieferen Hautschichten. Die Oberfläche ist weiss, rauh oder glatt.

Als Ursache der hartnäckigen Affection führt C. namentlich langdauernde Reizung des Zungenastes des Quintus an. Späterhin findet man die gewöhnliche Hornkrebsstructur. Die Affection kommt vorzugsweise bei Männern im mittleren Alter vor, ist nicht syphilitisch, und wird im 1. und 3. Stadium durch Exstirpation beseitigt, im 2. Stadium empfiehlt C. einfache Schonung.

Die sich anschliessende Debatte brachte ausser vielen Verwechslungen doch manche, leider nur sehr kurz mitgetheilte, der obigen Darstellung entsprechende Fälle.

Um manchen Missverständnissen zu entgehen, schlägt C. zuletzt vor, die beschriebene Erkrankung als eine chronische Entzündung der Zunge zu bezeichnen. **Ranke** (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

Mastermann. Aneurysm by anastomosis, successfully treated by ligature of the external carotid.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 9. p. 500.)

Das rechte Ohr eines 16jährigen Mädchens war in der oberen Hälfte des Helix und der Concha in eine pulsirende, am inneren Rande des Helix 3 Auswüchse zeigende Geschwulst verwandelt. Die Compression der Carotis liess sofort die Pulsation verschwinden. Unterbindung der Carotis externa gegenüber dem Unterkieferwinkel, Abtragung der Auswüchse, Aetzung ihrer Basis. Ligatur schneidet am 5. Tage durch. Noch 12 Monate später wurde die Heilung bis auf eine nur fühlbare Pulsation constatirt. **Ranke** (Halle).

Letters from Madras. Fish in the throat.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 2. p. 486.)

Ein 20jähriger Mann hatte beim Fischen einen Fisch mit den Vorderzähnen festzuhalten versucht, dieser war ihm in den Schlund geglitten.

Tracheotomie der Athembeschwerden wegen. Ausziehen oder Hinunterstossen des Fisches scheiterten an seinen stachlichen Flossen. Am nächsten Morgen starb der Mensch an Erschöpfung, während der Fisch zu zerfallen begann.

Ranke (Halle).

Lawton. Penetrating wound of chest, division of internal mammary artery. Haemothorax, death. (Liverpool royal infirmary.)

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 9. p. 501.)

Ein 50jähriger Mann wurde mit einer penetrirenden Schnittwunde des Thorax am 18. April aufgenommen. Die Hautwunde verlief von 1″ unter dem rechten Sterno-claviculargelenk 3″ weit nach unten und aussen. Der 3. Rippenknorpel ist durchschnitten, der 2. Intercostalraum senkrecht, der 3. horizontal durchtrennt. Trotz Naht mehrmalige Hämorrhagieen aus der nicht heilenden Wunde; zunehmende Dämpfung der rechten Seite, Tod am 24. April. Die Arterie mammaria interna war im 3. Intercostalraum durchschnitten; Pyohaemothorax. **Ranke** (Halle).

Lake. Ununited fracture of the humerus.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 9. p. 502.)

Pseudarthrose in der Mitte des linken Humerus eines 40jährigen Mannes in Folge einer 8 Monate früher erfolgten Fractur. Von der Aussenseite ging man mit einem 4″ langen Schnitt auf die Fracturstelle zu, entfernte ein zwischen den Bruchenden liegendes loses Fragment, und legte dann eine Knochennaht mit Silberdrath an. Nach 6 Wochen Entfernung der Naht, 11 Tage später wurde die feste Vereinigung constatirt. **Ranke** (Halle).

Luigi Malagodi. Ein Fall von Pseudarthrose des Humerus erfolglos durch Resection der Bruchenden behandelt.

(Il Raccoglitore medico. 1874. No. 10. 11.)

Ein 7jähriges Mädchen brach sich den linken Oberarm im unteren Drittel und kam 15 Monate danach in Behandlung des M. — Verf. legte die Bruchenden bloss und kniff mit der Knochenzange von jedem Ende ein 1 Cm. langes Stück ab; der Arm wurde hierauf durch einen Papp-Gummi-Verband immobilisirt. Die Reaction war sehr gering. Das Kind verliess einen Monat nach der Operation das Spital. Als M. das Kind nach einigen Monaten wieder sah, war der Oberarm um 4 Querfinger verkürzt, die Bruchenden um ebensoviel übereinander geschoben. M. sucht die Hauptschuld des Misserfolges in dem kindlichen Alter; wenigstens behauptet Erichson, dass Pseudarthrosen bei Kindern schwer heilbar seien. In diesem Falle liegt es weit näher anzunehmen, dass die ungenügend fortgesetzte Behandlung (nach 1 Monat wollte die Kranke absolut weg) die Ursache des Nichtgelingens sei.

Menzel (Triest).

Michon. Comminutivschussfractur der 4 letzten Metacarpalknochen der linken Hand.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 5.)

Verf. beschreibt nachfolgenden Fall, wie er sagt, nur als warnendes Beispiel, in der conservativen Chirurgie nicht zu weit gehen zu wollen. »Ein junger Soldat hatte bei Metz (1870) einen Schuss durch die linke Hand erhalten. Die Kugel war, schief von aussen unten die Hohlhandfläche durchbohrend, am Handrücken zwischen 1. und 2. Metacarpalknochen ausgetreten, hatte die 4 Mittelhandknochen, vom zweiten angefangen, in lauter Splitter zertrümmert, die Weichtheile der Hohlhand aber, mit den nur lose daran hangenden Fingern unverletzt gelassen. M. exarticulirte nun die 4 zersplitterten Metacarpalknochen und bildete aus den Hohlhandweichtheilen einen Lappen, den er nach oben hin zurücklegte und in dieser Lage mit Klebepflasterstreifen befestigte. Erst ging Alles gut, dann aber folgte Entzündung der Sehnenscheiden und eine ausgedehnte Phlegmone am Vorderarme machte hier mehrere Incisionen nöthig. Heftiges Fieber, Diarrhöen. Nur langsam trat Besserung ein, und Monate lang dauerte noch die Eiterung und Abstossung kleiner Knochenpartikelchen fort.

Gegenwärtig — nahezu 1 Jahr nach der stattgehabten Verletzung — ist der vom Palmarlappen gebildete Stumpf atrophirt und bei Druck schmerzhaft. Der fast unbewegliche Daumen bildet, da er nicht gegengestellt werden kann, einen unnützen, störenden und beständig schmerzhaften Stössen ausgesetzten Vorsprung. Das Handgelenk ist anchylosirt. Pat. versuchte, da er manche seiner Kameraden, die im Handgelenke amputirt waren, mittelst angelegten einfachen Vorrichtungen gewisse Arbeiten verrichten sah, auch an seinem Stumpfe eine solche zu appliciren, doch die Form und Empfindlichkeit des letzteren machten dieses unmöglich«.

Verf. schliesst seinen Artikel mit der Betrachtung, dass sich sein Pat., nachdem er ein Jahr voll Leiden und Gefahren durchlebt, jetzt in einer viel prekäreren Lage befinde, als wenn man ihm die Exarticulation im Handgelenke gemacht hätte.

Fr. Steiner (Wien).

Berichtigung:

S. 73, Z. 13 v. o. lies Woodbury. S. 149, Z. 3 v. u. lies verbessern statt verschlechtern. S. 150, Z. 20 v. o. lies Vermandois'. S. 151, Z. 2 v. o. lies weil sonst. S. 156, Z. 3 v. u. lies Jod-Jodkaliumlösung. S. 157 lies überall fascie statt fascia. S. 160, Z. 14 v. o. lies sous-acétate.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. Sonnabend, den 20. Juni. 1874.

Heilung zweier Fälle von flachem Epithelialkrebs mittelst Condurango-Rinde.

Von
Dr. Alfred Obaliński,
Primarchirurg des St. Lazarus-Hospitals in Krakau.

Schon im Jahre 1872, als nur die erste Kunde von der Wirksamkeit der Condurango-Rinde nach Europa gelangte, stellte ich auf meiner Abtheilung Versuche an, die sich jedoch wegen unzulänglicher Menge des damals noch recht theueren und schwer zu beschaffenden Versuchsstoffes nur auf zwei Fälle beschränkten. — Der eine fiel negativ, der andere unentschieden aus.

Beide Kranke, sowohl der erste mit einem Epithelialcancroid des rechten Fusses, als auch der andere mit einem flachen handtellergrossen Epithelialkrebse der linken Schläfengegend, gebrauchten dieses

Mittel innerlich und äusserlich, (15 gran pro die) als Decoct, der erste während drei, der zweite während sechs Wochen.

Da bei dem Ersten keine Besserung wahrzunehmen war und die Schmerzen unerträglich wurden, so schritt ich bei ihm zur amputatio cruris. Anders gestalteten sich die Sachen bei dem Zweiten: die ganze geschwürige Fläche bedeckte sich schon in der 4. Woche mit kräftigen Granulationen, die mich sogar verlockten, eine Reverdin'sche Heteroplastik auszuführen, welche auch wirklich zu meiner vollkommenen Zufriedenheit ausfiel. Aber die Freude dauerte nicht lange: denn kaum hatten die transplantirten Stücke ihre Thätigkeit entfaltet, als der Krebs von Neuem sowohl die Granulationen als auch die Hautstücke zu zerstören begann. Ich war missmuthig über den ganzen Vorgang, erklärte die ganze Condurangogeschichte für einen amerikanischen Humbug, exstirpirte den ganzen Epithelialkrebs bis auf den Knochen und brachte so die Stelle zur Heilung.

Unterdessen veröffentlichte Friedreich in der Berl. klin. Wochenschr. einen Fall von Heilung eines Magenkrebses mittelst der Condurango-Rinde mit der Bemerkung, dass Viele von den Experimentatoren darum negative Resultate gehabt hätten, weil sie falsche oder schlecht zubereitete Präparate gebraucht; dass also ein unbescholtenes Präparat die Hauptsache sei.

Dadurch ermuntert, beschloss ich meine Versuche auf's Neue aufzunehmen und liess mir aus der von Friedreich bezeichneten Quelle echte amerikanische Condurango-Rinde kommen und dieselbe in der von ihm angegebenen Weise zubereiten.

Zufälliger Weise bekam ich im Spitale kein entsprechendes Object zu Gesicht, aber dafür zwei hierzu ganz geeignete Fälle in der Privatpraxis: eine 80jährige Frau mit einem kreuzergrossen flachen Epithelialkrebse (ulcus rodens) des unteren Augenlides und eine 50jährige Frau, die an der linken Nasenseitenwand einen seit 3 Jahren bestehenden und nach mit Kali causticum vorgenommenen Cauterisationen immer recidivirenden, bohnengrossen, flachen Epithelialkrebs darbot.

Ich liess nun die beiden Patientinnen täglich anfangs zwei, später drei Esslöffel voll von dem erwähnten Medicamente nehmen und auf das Geschwür mit dieser Flüssigkeit imprägnirte Charpie auflegen.

Beide entfernten sich mit der Weisung, ein paar Wochen, selbst Monate so zu verfahren, in ihre Heimat, und als ich dieselben 6 Wochen später wiedersah, waren zu meiner grössten freudigen Ueberraschung beide Geschwüre vollkommen geheilt.

Obwohl diese beiden Fälle nicht Gegenstand einer streng klinischen Observation waren, halte ich ihre Veröffentlichung dennoch für gerechtfertigt, zumal bis jetzt, wenigstens meines Wissens, kein Fall von Heilung einer externen Krebsaffection mittelst Condurango-Rinde bekannt gemacht wurde. Ueber weitere Versuche, die ich eben auf meiner Abtheilung in Angriff nehme, werde ich seinerzeit zu berichten mir erlauben.

Krakau, im Juni 1874.

B. von Langenbeck. Ueber die Endresultate der Gelenkresectionen im Kriege.

(Arch. f. klinische Chirurgie XVI. II. p. 340—513.)

(Fortsetzung; cf. Centralblatt No. 10 p. 150.)

1. Resection des Oberarmkopfs.

In der Mehrzahl der Fälle findet man die Schusseingangsöffnung in der Gegend des proc. coracoideus, den Ausgang an der äussern, hintern Seite des Gelenks. Bei dieser Schussrichtung wird der Gelenkkopf dicht oberhalb der Tubercula getroffen und manchmal erheblich zersplittert; liegt dieselbe etwas höher, so können Rinnenschüsse oder aber Perforationen der Gelenkkapsel entstehen, ohne dass der Kopf und die übrigen harten Theile verletzt werden. Bei Schüssen à bout portant können Zermalmungen des Kopfs, bei solchen aus Kernschussweite einfache Lochschüsse derselben zu Stande kommen, während matte Kugeln im Kopfe sitzen bleiben können. Schüsse in der Gegend des chirurgischen Halses bedingen meist nach abwärts sowie nach oben bis ins Gelenk reichende Splitterungen; ausnahmsweise fehlt aber die letztere und die Gelenkentzündung tritt gar nicht oder erst secundär in die Erscheinung. Ein Einschlagen des Geschosses auf der Gelenkaussenseite bedingt die Möglichkeit einer Thoraxeröffnung.

In der grossen Mehrzahl solcher Verletzungen ist wohl zunächst die conservirende Behandlung einzuschlagen und soll primär nur dann resecirt werden, wenn die Zerstörung des Gelenks eine sehr ausgedehnte war. Die conservativ Behandelten scheinen meist eine Ankylose davon getragen zu haben, doch wird an 8 Fällen eigener Beobachtung (Kapsel- und Knochenverletzungen, meist von der Chassepotkugel herrühend) gezeigt, dass auch Heilungen mit vollkommener Beweglichkeit des Gelenks eintreten können, dass also in allen günstig sich gestaltenden Fällen eine Ankylose um so weniger anzustreben ist, als bei dieser vollkommen unbrauchbare Extremitäten sich bilden können.

In 44 Fällen von Resectionen, von denen die Revisionsberichte vorliegen, kamen nur 2 sehr gute Resultate, dagegen 31 Schlottergelenke mit vollständiger Unbrauchbarkeit der Extremität vor. Diesen Fällen gegenüber stehen 51 Ankylosen, von denen 43 nach conservirender Behandlung, 8 nach Resection zu Stande kamen; und es gelangen die revidirenden Aerzte alle so ziemlich zu demselben Resultate, nämlich, dass durch conservirende Behandlung günstigere Verhältnisse erzielt worden seien, als durch die Resection.

Es würde also Ankylose anzustreben sein, wenn es richtig ist, dass dabei die Brauchbarkeit der Extremität, namentlich der Hand zu einer besseren sich gestaltet. Doch ist diese Auffassung ein Irrthum, der daraus entstand, dass man die sehr verschiedenartige Bedeutung der Schultergelenkschüsse nicht berücksichtigte. Man findet

bei durch conservative Behandlung erzielten Ankylosen, sobald die Eiterung lange dauerte und Schmerzen jede Bewegung hinderten, denselben lähmungsartigen Zustand der Extremität, wie nach einer mit einem Schlottergelenk endenden Resection, bei welcher der Wundverlauf ebenso ungünstig war.

Ferner bildet sich im Gefolge der Ankylose stets ein vollständiger Schwund der an den Oberarmkopf sich ansetzenden Muskeln, sowie überhaupt aller derjenigen Muskeln aus, welche durch die aufhörende Bewegung im Gelenk in Ruhe versetzt werden. Da bei Schultergelenksankylose die Erhebung des Arms nur durch Verschiebung der Scapula (v. 30—40°) erreicht werden kann, so empfindet der Pat. bei allen Functionen, welche eine dauernde Erhebung des Arms erheischen, das Gefühl bald eintretender Ermüdung, weil die Muskeln, welche die Bewegung der Scapula besorgen müssen, übermässig in Anspruch genommen werden.

Aus diesem Grunde wünschen die Ankylosirten nicht selten um jeden Preis ein bewegliches Schultergelenk wiederzugewinnen und drängen zu einer nachträglichen Resection, welche nach des Verf. Erfahrungen allein eine zu den grössten Kraftäusserungen wie zu den feinsten Bewegungen fähige Extremität zu schaffen im Stande ist.

Doch ist immer von Neuem zu betonen, dass eine vollständige, der ursprünglichen in allen Beziehungen gleiche Gebrauchsfähigkeit des Arms bis jetzt nur dann erreicht worden ist, wenn die Resection subperiosteal ausgeführt wurde und nicht sehr weit unter dem chirurgischen Halse stattfand. In allen andern Fällen ist ein zur activen Erhebung des Oberarms unfähiges Gelenk und, wenn man den Revisionsberichten glauben soll, eine so hochgradige Gebrauchsunfähigkeit des Arms entstanden, dass dieselbe im Sinne des Gesetzes dem Verlust der Glieder gleich zu erachten war. Von Hannover wurde die Vermuthung ausgesprochen, dass diese Gebrauchsunfähigkeit erst allmälig sich entwickele und nach Art einer progressiven Atrophie zunehme.

Verf.'s eigene Beobachtungen beweisen, dass letztere Auffassung in allen Puncten eine irrthümliche ist, und dass selbst arge Schlottergelenke eine durchaus befriedigende Gebrauchsfähigkeit und Stärke des Vorderarms und der Hand ermöglichen. Er beschreibt von groben Geschossen herrührende Verletzungen, bei denen mit alleiniger Ausnahme der grossen Gefässe und Nerven, des triceps, latissim. dorsi und der Achselhöhlenhaut, die gesammte Schulter fortgerissen wurde und bei denen die Wiederherstellung der vollen und dauernden Gebrauchsfähigkeit des Ellenbogens, des Vorderarms, der Hand und der Finger erzielt wurde.

Eine sehr ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte illustrirt ferner, dass selbst bei nicht subperiostealer Resection, die einmal gewonnene Gebrauchsfähigkeit des Arms auch nach einem Vierteljahrhundert noch unverändert geblieben ist.

Aus einer anderen Reihe von 8 subperiostealen Resectionen de-

ducirt er weiter, dass die schönen Resultate fast ohne Ausnahme den gebildeten Ständen angehören, welchen ein Verständniss geschafft werden konnte, dass zur Wiederherstellung der Brauchbarkeit eines Armes andauernde Uebung oder wenigstens Gebrauch der Extremität eine nothwendige Bedingung sei.

Dass übrigens die günstigen Erfolge nicht allein der subperiostealen Resection und der geringen Ausdehnung der resecirten Knochenenden, sondern vornehmlich auch methodischer und consequenter Nachbehandlung beizumessen sind, wird durch eine Reihe anderer Fälle bewiesen, in welchen theils sehr grosse Stücke vom Humerus entfernt werden mussten, theils nicht subperiosteal resecirt wurde und dennoch vorzügliche Resultate, namentlich auch in Bezug auf die Function des Ellenbogens und der Hand, erzielt wurden. Ja es bildete sich in einem Falle ein brauchbarer Arm, in dem der ganze Oberarmknochen sammt seinem Ellenbogengelenkende entfernt wurde.

Somit sind die »gelähmten Glieder« nichts als Kunstproducte einer mangelhaften Nachbehandlung, an welcher die Indolenz der Verwundeten, die Verhältnisse des Krieges und die durch die Krankenzerstreuung so oft unterbrochene ärztliche Beaufsichtigung einen nicht geringen Antheil haben.

Mit Uebergehung der Angaben über die operative Technik, die Nachbehandlung und die Mortalität nach Resection des Oberarmkopfs in Vergleich mit den Ergebnissen der conservirenden Behandlung, führen wir folgende, die besprochenen Verletzungen betreffenden Schlusssätze des Verf.'s an:

1. Alle leichteren Schussverletzungen des Schultergelenks rechtfertigen den Versuch der conservirenden Behandlung, unter der Voraussicht, dass in vielen dieser Fälle die secundäre Resection nothwendig sein wird.

2. Alle ausgedehnten Schussfracturen des Schultergelenks indiciren die primäre Resection.

3. Zerschmetterungen des Schultergelenks mit Abreissung der Weichtheile indiciren an sich die Exarticulation nicht, sondern die secundäre Resection.

4. Die Aufgabe der conservirenden Behandlung ist, bewegliche Schultergelenke herzustellen, Ankylose zu vermeiden.

5. Nach eingetretener Ankylose im Schultergelenk kann die Gebrauchsfähigkeit des Arms durch nachträgliche Resection des Oberarmkopfs verbessert werden.

6. Die Bildung eines neuen, activ beweglichen Schultergelenks wird durch die subperiosteale Resection am meisten sicher gestellt.

7. Nach subperiostealer Resection ist die sorgsamste Nachbehandlung erforderlich, um brauchbare Gelenke herzustellen.

8. Eine mit der Zeit zunehmende Verschlechterung, etwa durch fortschreitende Muskelatrophie, kommt nach Resection des Oberarmkopfs nicht vor. Der sogenannte »lähmungsartige Zustand« ist nichts anderes als eine Inactivitätsparalyse.

9. Diese Inactivitätsparalyse kann durch die geeignete Behandlung noch lange nach der Resection wieder beseitigt und die Brauchbarkeit der Extremität nachträglich hergestellt werden.

(Schluss folgt.) **Wilh. Koch** (Berlin).

E. Albert. Untersuchungen über das Fieber.

Separatabdruck aus dem Bericht des naturwissenschaftlichen medicinischen Vereins zu Innsbruck 1873.

A. hatte im Vereine mit Stricker durch Embolisirung von Lungengefässen vermittelst Stärkemilch wohl charakterisirte Fieberanfälle auftreten sehen; die von Billroth urgirte Complication der Athmungsorgane in jenen Versuchen weist A. jetzt zurück nach seinen Erfahrungen, die er bei Embolisirung der Art. prof. fem. gemacht, indem hier dieselben Erscheinungen auftreten, welche er früher bei der Embolisirung der Lungengefässe beobachtet hatte.

Ausgehend von dem Satze (Hüter), dass ein Ausschluss einer Zahl von Capillaren aus der Circulation eine Retention von grösserer Blutmenge bewirke, hoffte er, dass durch Embolie eines Bezirkes, in welchem sich sonst das Blut abkühle, Erhöhung der Temperatur erzielt werde. Es wurde bei Hunden, nachdem der feste Stand der Temperatur durch einige Messungen bestimmt war, die Art. femoral. unter dem Abgange der Art. profund. abgebunden und in diese Stärkemilch mit Hülfe der Blutbewegung eingebracht. Gewöhnlich stieg bei den nicht chloroformirten, nicht gefesselten (?) Thieren, bald nach dem Eingriffe, die Temperatur um einige Zehntel (C.). Die Thiere, anfangs ruhig, bekommen dann ein leichtes Erbeben, murren, blicken sich scheu um, es erfolgt bei jeder Athmung verstärktes Zittern, die Temperatur steigt alle 2—5 Minuten 0,1° C., so dass innerhalb 2 Stunden 41° C. und mehr erreicht ist. Nach $^1/_4$—$^1/_2$stündlicher Constanz der Temperatur geht, mit dem mehr oder minder plötzlichen Aufhören des Zitterns, die Temperatur langsam zurück, entweder zur Norm oder sie verbleibt auf Fieberhöhe. Dieser charakteristische Verlauf, welcher durch eine Zahl von Experiment-Protocollen dargelegt wird, weicht nach A. von dem durch Einspritzung von septischen Substanzen erzielten darin ab, dass bei den Injectionen durch verstopfende Emulsionen der Typus des intermittirenden (?), bei denen durch septische Stoffe der Typus des continuirlichen Fiebers wiederzufinden sei.

In 3 Versuchen an 2 Hunden fand sich ein abweichender Verlauf, indem kein Schüttelfrost eintrat, sondern nur Schmerzensäusserungen und Herabgehen der Temperatur sich zeigten (wie es auch Billroth gesehen). Das eine Thier, am andern Morgen todt gefunden, hatte eine vollständig emphysematöse und jauchig infiltrirte Schenkelmuskulatur. Bei dem 2. Hunde erfolgte selbst nach Lungenembolie kein Fieber. Diese Versuche mahnen, die Gefässeinrichtungen weiter zu studiren und diesen entsprechend die Experimente einzurichten.

Aus Obigem folgert A., dass das bei Lungenembolie auftretende Fieber, conform dem bei Schenkelarterien-Embolie, nicht auf eine gesteigerte Action der Athmungsmuskulatur zurückzuführen sei. Und aus dem Eintritt eines beharrlichen Sinkens der Temperatur in einigen Beobachtungen zieht er den Schluss, dass der Hüter'sche Satz: »durch Ausschaltung einer Summe von Capillaren aus der Circulation entstehe Fieber«, in seiner allgemeinen Fassung nicht gültig sei. Er meint vorläufig, Fieber entstehe nur bei gewissen Arten von Embolieen, welche selbst erst noch festzustellen seien.

In einer 2. Versuchsreihe von Embolisirung von Lebergefässen durch Injectionen von Amylummilch oder Kohlenpulver in die Milzvene, fand Verf. dasselbe Resultat: Fieber mit ausgesprochenem Schüttelfroste.

In dem letzten Theile der Arbeit werden einige Versuche über den Effect der Arterienunterbindung auf die Körpertemperatur mitgetheilt; diese zeigen, dass bei Unterbindung der Art. femor. und prof. femor. mitunter dasselbe Bild wie bei Embolisirung der Profunda erfolgt, mitunter aber auch nicht die geringste Erscheinung auftritt.

Mit Bezug auf vorstehende Experimente glaubt sich Verf. zu dem Schlusse berechtigt, dass die Einbringung eines Fremdkörpers in die Blutbahn Fieber erregen könne, dass bei Unterbindung von Arterien die Steigerung der Temperatur durch Retention von Blutmassen erklärt werden könne, dass sie aber auch als Folge der peripherischen Nervenerregung in den unterbundenen Bezirken aufgefasst werden könne. Dieser Nerveneinfluss sei durch anderweitige chirurgische Erfahrungen sicher gestellt.

Indem Ref. diese Experimental-Reihe des Verf.'s als Theil einer grösseren planmässigen Untersuchungsreihe ansieht, erwartet er vor Allem den endgültigen Beweis für den Einfluss des Blutabschlusses (in Arterien und Venen) auf die Temperatur; ebenso weitere Modificationen solcher Versuche, besonders unter Zuhülfenahme von Nervendurchschneidungen etc. — Ref. bedauert aber in vorliegender Arbeit das Fehlen fast jeder Section, welche allein die Grösse des embolisirten Gefässgebietes etc. angeben könnte. **Pils** (Stettin).

V. Paschutin. Einige Versuche über Fäulniss und Fäulnissorganismen.

(Virch. Archiv 1874. LIX. 3. 4. p. 490.)

Verf. untersuchte in v. Recklinghausen's Institut den Einfluss verschiedener Gase auf die Fäulniss und die Entwickelung der Fäulniss-Organismen. Zu den Versuchen wurden Muskelstücke des Frosches und ein aus den Muskeln desselben Thieres bereitetes Infus verwandt. In gereinigter (geglühter), in nicht gereinigter Luft, in reinem Sauer-

stoff aufbewahrte Muskelstücke verändern sich im Wesentlichen in gleicher Weise. Die faulige Veränderung geht schneller in der nicht gereinigten, als in der ausgeglühten Luft vor sich. Die Geschwindigkeit der Veränderung im reinen Sauerstoff liegt ungefähr in der Mitte. — In N, H, CO, CO_2, N_2O und Leuchtgas aufbewahrte Muskelstücke zeigen auch nach vielen Monaten höchstens eine Veränderung der Farbe, sonst weder makroskopisch noch mikroskopisch Unterschiede vom ganz frischen Muskel. Auf und im Muskel bildet sich Tyrosin (nicht in den mit CO aufbewahrten Portionen). Micrococcen und Bacterien zeigen sich hier nicht. Mischungen der letzteren Gase aber mit O lassen die Veränderungen des Muskels ganz wie in reiner Luft zu Stande kommen. Nur der Kohlensäure ist eine mässige antiseptische Wirkung zuzusprechen. Muskelstücke, die in indifferenten Gasen Monate lang unverändert aufbewahrt werden konnten, blieben fäulnissfähig.

Muskelinfuse in einer Glasröhre offen an der Luft stehend, zeigen schon nach 2—3 Tagen ein dünnes Häutchen an der Oberfläche, voll von Micrococcen und Bacterien. Dieses Häutchen bildet sich nur bei Anwesenheit von Luft und des Sauerstoffs, nie beim Zusammenbringen des Infuses mit den anderen bereits bei den Versuchen mit Muskelstücken angewendeten Gasen. Muskelinfuse, bei deren Zubereitung kein Schutz gegen Aufnahme von in der Luft befindlichen Keimen gemacht war, wurden mit verschiedenen Mengen von atmosphärischem Sauerstoff zusammengebracht. Bei reichlichem Zutritt von Luft colossale Entwicklung von Micrococcen und Bacterien; immer alkalische Reaction; keine Tyrosinbildung; vollkommene Entfärbung schliesslich; verhältnissmässig schwacher, später wieder verschwindender Geruch. Bei Zutritt von verschwindend kleinen Luftmengen, Bildung einer ganz geringen Anzahl von Bacterien; immer saure Reaction; reichliche Entwicklung von Tyrosin und Schwefelwasserstoff; im Ganzen keine Veränderung der Farbe (bei späterer Sauerstoffzufuhr rasche Entfärbung), sehr übler, nicht verschwindender Geruch.

Von dem Fehlen oder der Gegenwart des Sauerstoffes scheinen diese Verschiedenheiten abzuhängen. Die Rolle, welche Micrococcen und Bacterien in einer faulenden Flüssigkeit spielen, scheint nicht so bedeutend zu sein, als man gewöhnlich annimmt. Die Bildung von Spaltungsproducten, wie Tyrosin, findet bei fast vollkommener Abwesenheit derselben statt. Schwefelwasserstoff und übler Geruch wurden bei Gegenwart sehr geringer Mengen von Bacterien entwickelt. Spaltungsprocesse in der Flüssigkeit können bei Abwesenheit von Sauerstoff nur bis zu einem gewissen Grad gehen. Für die nachträgliche Vernichtung des Tyrosins, der riechenden Substanzen und die Entwicklung der alkalischen Reaction, kann eine Betheiligung der kleinsten Organismen nicht ausgeschlossen werden.

Madelung (Bonn).

H. B. Sands. Glücklicher Erfolg der Ligatur bei einer Blutung aus der Carotis interna.

(New-York med. Journ. 1874. No. 1. p. 34.)

Verf. theilt folgenden seltenen Fall aus seiner Beobachtung mit. Bei der Resection der linken Hälfte des Unterkiefers wegen Carcinom, bei einem 53jährigen Manne, wurde die Carotis externa unterbunden und ein 1 Zoll langes Stück von derselben, welches durch die Geschwulst hindurchging, ausgeschnitten. Am 10. Tage nach der Operation trat eine heftige Nachblutung aus der äusseren Wunde und der Mundhöhle ein, welche vorübergehend auf Digitalcompression in der Wunde und Compression der Carotis communis stand. Die Blutung stammte, wie sich später ergab, aus einer ulcerösen Perforationsöffnung in der Carotis interna. Es wurde zuerst die Ligatur der Carotis communis unter dem Musc. omo-hyoideus gemacht, allein bei dem Versuche, mit dem Fingerdrucke auf die blutende Stelle nachzulassen, kam sofort ein starker Blutstrahl hervor. Hierauf wurde auch die Carotis interna 1 Zoll oberhalb der blutenden Stelle unterbunden, jedoch bestand auch jetzt noch eine leichte Blutung aus der Perforationsöffnung der Carotis interna fort, welche blos durch einen rückläufigen Blutstrom durch Aeste, welche aus dem Anfangstheile der Carotis externa entsprangen, bedingt sein konnte. Es wurde daher schliesslich dicht unterhalb jener Perforationsöffnung eine 2. Ligatur an die Carotis interna angelegt, worauf die Blutung vollständig stand. Der Erfolg war sehr günstig, es trat ohne weitere Blutung und andere üble Zufälle vollständige Heilung ein.

S. erklärt diesen Fall von günstigem Erfolge der Ligatur bei Blutung aus der Carotis interna für ein Unicum und giebt aus der Literatur eine Zusammenstellung von 11 Fällen von Blutung aus diesem Arterienstamme, welche sämmtlich, theils ohne, theils nach einer vorausgeschickten Operation einen tödtlichen Ausgang nahmen.

P. Bruns (Tübingen).

John A. Lidell (M. D. of New-York). On thrombosis of the cerebral veins and sinuses of the dura mater.

(The Americ. Journal of the Medical Sciences No. CXXXIII. New Series.)

Verf. unterscheidet 2 Formen von Thrombosis der Gehirnvenen und Sinus der Dura Mater.

I. Die traumatische Form. Das Blut coagulirt zuweilen in einem oder mehreren der Gehirnsinus, direct in Folge einer Verletzung. Diese Verletzung besteht entweder in der Zerreissung der Sinuswand oder in der Zerreissung von zuführenden Venen mit Contusion der Sinuswand. Sie tritt gewöhnlich im Gefolge einer Comminutivfractur des Schädels auf. Die Folgen der Thrombenbildung in den Sinus sind meistens Blutungen aus (zerrissenen) Ge-

hirn-Venen, die nun ihr Blut nicht mehr in erstere entleeren können, ferner Entzündungen der Venenwände, der Sinuswände, und endlich der Meningen selbst.

II. Die entzündliche Form. Hier erscheint die Thrombose der genannten Gefässe in Begleitung von entzündlichen Processen von Theilen, die ihr Venenblut in die Sinus ergiessen. (Entzündungen der Meningen und des Gehirns selbst, der Schädelknochen, der Kopfschwarte und der Weichtheile des Gesichts). Ganz besonders häufig führt Otitis interna (in einem angeführten Falle auch ohne Caries des Felsenbeins) und Anthrax im Gesichte zu der genannten Thrombose. Bei entzündlichen Processen im Gesichte entstehen je nach dem Sitze des Leidens zunächst in der Vena temporalis, frontalis, faciei und ophthalmica Gerinnungen, die sich secundär nach hinten in die Sinus fortsetzen und die dann von denselben entzündlichen Erscheinungen gefolgt sind, wie bei der directen traumatischen Thrombose des Gehirnsinus. **A. Burger** (London).

M. E. Bourguet. Nouvelle observation de pseudarthrose de la cuisse guérie par les injections irritantes.

(Bulletin de la société de chirurgie, séance du 28 janvier 1874. Gazette des hôpitaux 1874. No. 21 u. 22.

B. hat bereits im Jahre 1863 (Sitzung der société de chirurgie vom 13. Mai; Bulletin de la société, IV, pag. 196) einen Fall von einer 5 Monate alten Pseudarthrose des Oberschenkels bei einem 53jährigen Manne mitgetheilt, welche er durch 2 subcutane Injectionen einer wässrigen Ammoniaklösung zur Consolidation brachte. Verf. beobachtete seitdem einen 2. Fall von einfacher Fractur in der unteren Hälfte des linken Oberschenkels, welche 6 Monate lang unter der Anwendung des planum inclinat., des Scultet'schen Verbandes, der permanenten Extension und sonstiger immobilisirender Verbände keine Spur von Consolidation zeigte, bis schliesslich irritirende subcutane Einspritzungen von einer Ammoniak- und Jodlösung versucht wurden. Vom 23. April bis 14. Juni wurden in das Gewebe um die Fracturstelle mit einer Pravaz'schen Spritze oder mit einem Troikar 9 Injectionen gemacht, die eine vollständige Consolidation herbeiführten (Extremität mit $2^1/_2$ Cm. Verkürzung geheilt); 4 mal wurden 10—20 Tropfen der Ammoniaklösung (1 Theil Ammoniak, 1 oder 2 Theile Wasser) und 5 mal 20—60 Tropfen der Jodlösung injicirt. Die Jodlösung bestand aus einer Mischung von 1 Theil Jod und 2 Theilen Wasser nebst einer genügenden Menge von Jodkalium, um eine Fällung des Jod zu verhindern. Die subcutanen Injectionen mit den genannten Lösungen rufen weder locale noch allgemeine Entzündungserscheinungen hervor. Azam und Verneuil heilten bereits früher auf dieselbe Weise 2 Pseudarthrosen. **Tillmanns** (Leipzig).

A. Amussat. Traitement du phimosis au moyen de la galvanocaustique.

(Gazette des hôpitaux 1874. No. 6 u. 8.)

A. bedient sich bei der Operation der Phimose jetzt ausschliesslich der Galvanokaustik; Verf. theilt 6 Fälle mit, an welchen er die verschiedenen Modificationen seines Verfahrens erörtert. Der Patient sitzt gewöhnlich in einem Lehnstuhle, Kinder werden auf ein Bett gelegt und nur letztere in Chloroformnarkose operirt. Zwischen Praeputium und obere Fläche der Eichel wird bis zur corona glandis ein Gorgeret aus Buchsbaumholz von entsprechender Grösse vorgeschoben. Darauf durchsticht man mit einem Explorativtroikar von innen nach aussen in der Gegend der corona glandis das Praeputium und nachdem man einen Platindraht von passender Stärke durch die Canüle des Troikars gezogen, wird letztere entfernt. Ein Gehülfe fixirt sodann den Penis und das Gorgeret, der Operateur nimmt die beiden Enden des Platindrahtes, bringt dieselben mit einem galvanischen Apparat in Verbindung und durchtrennt unter Rothglühhitze das Praeputium von hinten nach vorne. Von diesem Verfahren giebt es noch verschiedene Modificationen. An Stelle des Troikars kann man einfach eine mit einem Platinfaden versehene krumme Nadel nehmen und mit ihr das Praeputium durchstechen. Ferner wendet A. statt des Platindrahtes auch ein galvanokaustisches Bistouri an: während der Gehülfe das Gorgeret fixirt, ergreift der Operateur mit der linken Hand den Penis, mit der rechten das Bistouri, welches mit einem galvanischen Apparat in Verbindung steht, durchsticht von aussen nach innen das Praeputium und schneidet, die Spitze des Galvanokauter im Gorgeret, langsam nach vorne. Endlich kann man auch eine lineare Durchtrennung des Praeputiums in der Weise machen, dass man es direct zwischen die Branchen einer galvanokaustischen Pincette bringt. Letztere wird mit dem negativen Pole einer Bunsen'schen Batterie (16 kleine Elemente) in Verbindung gebracht, während die andere Electrode z. B. auf dem linken Schenkel des Patienten applicirt wird. In 10 Minuten war in einem so operirten Falle die Operation beendigt.

Das Verfahren ist vollkommen blutlos, ein Brandschorf bedeckt die Wundflächen. In 3—5 Wochen erzielt man vollständige Heilung. Meist genügt ein oberer Schnitt im Praeputium, sind seitliche Incisionen und Durchtrennungen des Frenulums nothwendig, dann ist das Verfahren ähnlich, wie oben beschrieben. Bezüglich der näheren Beschreibung der Instrumente, sowie sonstiger Details muss auf das Original hingewiesen werden. **Tillmanns** (Leipzig).

W. N. Campbell. Fall von Lumbar-Hernie.

(New-York med. Journ. 1874. No. 2. p. 184.)

Verf. theilt folgenden seltenen Fall eines Bauchbruches in der Lendengegend, einer sogenannten Hernia lumbalis mit. Derselbe

wurde bei einem 4jährigen Knaben beobachtet, welcher gleichzeitig an einer Curvatur (Caries) der Wirbelsäule litt. Die Bruchgeschwulst, von der Grösse eines Gänseeies, hatte ihren Sitz zwischen dem Darmbeinkamme und der letzten Rippe der linken Seite, entsprechend der Stelle, wo der Musc. quadrat. lumb. mit dem obliq. extern. und intern. sich kreuzt. Die Diagnose gründete sich auf den Nachweis der Fluctuation und des tympanitischen Schalles bei der Percussion, sowie darauf, dass die Reduction unter gurrendem Geräusch durch Taxis in der Richtung nach »vor- und einwärts« gelang; jedoch trat der Bruch beim Husten wieder hervor, weshalb eine Bandage angelegt werden musste. Als Ursache für die Entstehung des Bruches ergab die Anamnese, dass an derselben Stelle früher ein Congestionsabscess sich entwickelt hatte, welcher nach der Incision längere Zeit hindurch Eiter entleerte. Einen Monat nach der Schliessung der Incisionsöffnung begann die Entwicklung der Bruchgeschwulst.

P. Bruns (Tübingen).

P. A. Minas. Lithotomy lateral. Calculi removed twice, but the third time no calculus was found.

(The Indian Med. Gazette 1874. No. 2. p. 41.)

Einem Hindu waren am 15. Aug. 1868 ein Blasenstein und am 14. Octbr. 1871 zwei Blasensteine durch Sectio lateralis entfernt worden. Am 15. Decbr. 1872 stellte sich derselbe wieder vor mit den Symptomen eines Blasensteins. Wiewohl man mit der Sonde keinen losen Stein entdeckte, strich man doch mit derselben über eine harte, rauhe Fläche und man entschloss sich zu einer 3. Sectio lateralis. Man fand zwar keinen freien Stein in der Blase vor, wohl aber entfernte man einen rauhen Niederschlag von Phosphaten, der sich vom Blasenhals nach der Basis des Trigon. vesic. hin erstreckte. Pat. genas auch von der 3. Operation; doch traten später sehr unerwünschte Erscheinungen (Dammfistel, incontinentia urinae) auf, die aber beseitigt wurden. Die Forschungen des Verf. nach Wohnort, Nahrung, Lebensweise und hereditärer Anlage seines Pat. waren vergeblich.

Burger (London).

F. Betz. Zwei Fälle von hohem Steinschnitt bei Kindern mit glücklichem Ausgange.

(Memorabilien 1873. Heft 12. p. 552 u. ff.)

Die Fälle betrafen einen acht- und einen sechsjährigen Knaben. Im ersten Falle wurde durch die Operation ein kirschgrosser, im zweiten ein eichelgrosser Maulbeerstein herausgefördert. Die Operationswunde wurde in beiden Fällen offen gelassen. Bei dem 6jährigen Kinde erfolgte rasche Heilung, der Urin ging in der 3. Woche bereits durch die Harnröhre ab. Bei dem 8jährigen Knaben hielt Fie-

ber, grosse nervöse Erregtheit und eine in der 4. Woche hinzugetretene Diphtherie der Wunde mit Erysipel des Penis, die Heilung bis zur 6. Woche auf, wo erst der Urin reichlich durch die Urethra floss. Es blieb eine Fistelöffnung zurück, deren definitiver Schluss 8 Monate nach der Operation zu Stande kam. **Pilz** (Stettin).

H. Marsh. Operative Behandlung der durch Rachitis verkrümmten Unterschenkel.

(British med. Journ. 1874. Febr. 28. p. 274. Medico-Chirurg. Soc. of Lond. 10. Febr.)

M. beschreibt 4 Fälle von starker, rachitischer Verbiegung der Unterschenkel bei Kindern, die er folgendermassen behandelte.

In 2 Fällen fand sich die Krümmung nach aussen, in einem nach aussen und vorn, im letzten nur nach vorn. Bei den 3 ersten wurde ein Tenotom an Stelle des tiefsten Einknicks hinter die tibia geführt, das Periost quer durchtrennt, dann mit einer Säge die Tibia soweit eingesägt, dass durch Kraft der Hand dieselbe durchbrochen werden konnte. Die Fibula wurde entweder gebogen oder durchbrochen; einmal musste noch die Achilles-Sehne durchschnitten werden. In den beiden ersten Fällen wurden die Beine gestreckt und volle Geradrichtung in einem Monate erzielt. Beim 3. störte Scharlachfieber die Behandlung und es wurde nur Besserung erreicht. Bei keinem Kinde traten nachtheilige Folgen der Operation ein. Im 4. Falle bestand beim 7jährigen Kinde eine rechtwinklige Knickung; hier wurde ein Keil aus der Tibia ausgesägt, die eine Fibula konnte gebrochen, die andere musste mit der Knochenscheere durchschnitten werden; die feste Vereinigung in gerader Stellung wurde an dem einen Unterschenkel in 3 Monaten, bei dem andern, an welchem eine partielle Nekrose der Sägeflächen auftrat, in 6 Monaten erzielt.

Pilz (Stettin).

Thomas Bryant. On the safety of torsion in amputations.

(The Lancet 1874. No. 12 p. 417.)

B. führt in einer kleinen Zuschrift an den Herausgeber der Lancet an, dass in Guy's Hospital ungefähr 200 Amputationen an den Extremitäten gemacht sind, bei denen immer die Arterien torquirt sind, und dass bei diesem Verfahren kein Fall von Secundärblutung vorgekommen ist. Eine bezügliche Statistik wäre sehr erwünscht.

Leisrink (Hamburg).

W. Gabetin. Ueber den Einfluss des Aderlasses auf die Heilung von Knochenbrüchen.

(Arch. für normale und patholog. Histologie und klinische Medicin, herausgegeben von Prof. Rudneff 1873, p. 216 und 365.)

Verf. studirte an Hunden und Hühnern den Einfluss, den künstlich erzeugte Hydraemie auf den Verlauf der Consolidation von Knochenbrüchen ausübt. Die hauptsächlichsten Resultate lassen sich

dahin resumiren, dass die Blutarmuth den anatomischen Gang der Knochenheilung nicht alterirt, wohl aber den Verlauf des ganzen Processes um ein Bedeutendes verlängert. Von mehr nebensächlicher Bedeutung sind folgende Ergebnisse: die entzündliche Infiltration der Weichtheile an der Fracturstelle ist bei anämischen Thieren bedeutender, als bei gesunden; das zwischen die Fracturenden extravasirte Blut wird bei ersteren langsamer resorbirt, als bei letzteren (im Verhältniss von 10 zu 14 Tagen). In allen Fällen konnten Thiere ohne Blutverluste ihre fractuirten Extremitäten früher gebrauchen, als venäsecirte. Bei ersteren war schon am 10. Tage Fixation der Knochenenden eingetreten, während bei letzteren oft noch gegen den 20. Tag hin Beweglichkeit bestand.

Heppner (St. Petersburg).

Kleinere Mittheilungen.

Bristol Royal Infirmary. Case of death occuring during the inhalation of Chloroform.

(The Lancet 1874. No. 3.)

Albert T., 30 Jahr alt, wurde am 12. Decbr. wegen einer Urethra-Strictur aufgenommen. Beim Versuch, einen Katheter einzuführen, gebehrdete sich der äusserst nervöse Kranke sehr heftig und bat um Chloroform.

Am 19. Decbr. wurde Chloroform angewendet. Letzte Nahrungsaufnahme 4 Stunden vorher. Herztöne normal. Grosse nervöse Aufregung. Zum Inhaliren wurden 2 Drachmen reinen Chloroforms verbraucht.

Im Stadium der Aufregung wurde das Gesicht blau und dunkler, bei anhaltender Muskelunruhe stockte der Athem plötzlich, und der Pat. starb. Wiederbelebungsversuche erfolglos. — Herz und Lunge fanden sich bei der Section gesund.

Leisrink (Hamburg).

J. Morf. Ein Fall von Zerreissung des Serratus anticus major.

(Aerztl. Intell.-Blatt 1874. No. 13. p. 113.)

M. beobachtete im Militärlazareth zu Augsburg bei einem Soldaten, welcher beim Turnen an der Barre (Schwingübungen) gefallen war, eine Verletzung, welche wegen der Analogie der Erscheinungen mit den bekannten Zeichen einer Serratuslähmung als Ruptur der unteren Partie des Musc. serratus ant. maj. diagnosticirt wurde. Der untere Winkel der Scapula stand vom Rippenbogen ab, die active Bewegung des Armes nach hinten und oben über die Horizontale war vollständig behindert, ausser wenn die Scapula an den Rippenbogen angedrückt wurde. Daneben fand sich am inneren unteren Rande des Schulterblattes eine abnorme Vertiefung, »wie wenn Weichtheile dort fehlten«, und bei der Berührung zeigte sich sowohl diese Stelle, als die Gegend neben dem äusseren unteren Scapularrande sehr empfindlich. Der Verband bestand in der Anlegung zweier Mitellen, welche den Arm möglichst weit nach vorne fixirten. Nach Ablauf von 3 Wochen hatte sich der Zustand noch nicht gebessert. **P. Bruns** (Tübingen).

Böttger. Zur conservativen Chirurgie.

(Memorabilien 1873, Heft 10. p. 444.)

Unter diesem Titel giebt B. (Dessau) den Verlauf einer überaus conservativ behandelten Schussfractur des linken Oberarmkopfes. Die Kugel, fast genau am Tuberc. minus eingedrungen, hatte den Gelenkkopf schräg nach hinten und oben durchbohrt und das caput humeri dicht unter seiner Gelenkfläche zerschmettert, 3—4 Fragmente liessen sich durchfühlen, der fiebernde Patient sehr schwach.

Ausser einer am 6. Tage gemachten Erweiterung der Wunde, wurde nur sorgfältige Reinigung und gewöhnlicher Verband benutzt; im 2. Monate lösten sich einige Sequester. Bei der Entlassung war keine Verkürzung vorhanden, der Arm konnte bis zu $^2/_3$ der Horizontalen erhoben werden. **Pils** (Stettin).

Meusel (Gotha). Ein centraler Abscess am Oberarmkopfe.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 18.)

Ein 41jähriger, kräftiger Mann hatte seit sechs Jahren ein Leiden an seiner rechten Schulter. Dies wurde für rheumatisch gehalten. Es entstand unter zunehmenden Schmerzen eine Ankylose. An der Hinterseite des Oberarms, einen Zoll über den Condylen ist ein Abscess, der etwa einen Tassenkopf voll Eiter bei Punction entleerte. Eine Sonde dringt von der Punctionsöffnung in die Höhe bis dicht an das Schultergelenk. Dies zeigt keine Difformitäten und keine Schmerzen beim Palpiren. Allmälig bildete sich eine fluctuirende Geschwulst der Supraclaviculargegend und eine am oberen Rande der Scapula; beide stehen in Communication. Eine Incision durch die Muskulatur am Scapularrand entleert viel übelriechenden Eiter. Die Schulter fängt hierauf an zu schwellen, an der vorderen Fläche des Gelenks bildet sich ein Abscess, nach dessen Oeffnung man mit der Sonde auf den Humeruskopf gelangt, der eine Höhlung zeigt. Der erkrankte Humerus ist um einen Cm. länger als der gesunde. Mittelst des Lappenschnittes, wie ihn Billroth empfiehlt, wird die Resection ausgeführt. Der Kopf sitzt in einer schwieligen Masse, ist vergrössert und an der Oberfläche mit unzähligen flachen Knochenneubildungen besetzt, die Knochenhöhle darin mit einer dicken, glänzenden Bindegewebsmembran ausgekleidet. Ein Ausschnitt in der Knochenschale führte nach der Scapula, ein zweiter nach vorn. Ein Sequester findet sich nicht; die cavitas glenoidalis ist intact. Die Heilung erfolgte langsam, aber zur Zufriedenheit. **v. Mosengeil** (Bonn).

v. Mosengeil. Luxation des Humeruskopfs mit Fractur des anatomischen Halses, reponirt und geheilt.

(Arch. f. klinische Chirurgie. XVI. p. 524.)

Die Fractur ging von unten innen nach oben und aussen, der Gelenkkopf »stand ziemlich tief nach unten verrückt«, die untere Partie der Cavitas glenoidalis war abgebrochen. Während ein Gehülfe den etwas abducirten Oberarm bei fixirtem Ellenbogen vom Thorax abzudrängen sich bemühte, wurde der Gelenkkopf durch directen Druck an seine normale Stelle gebracht. Es erfolgte feste Consolidation an den Bruchstellen, ohne dass etwa durch Calluswucherungen bedeutende Bewegungshemmungen zurückblieben. **Wilh. Koch** (Berlin).

E. Bellamy. Bruch des Zeigefingers durch Muskelzug.

(British med. Journ. 1874. March 28. p. 404.)

Ein 55jähriger Mann will seinem rückwärts fliehenden Sohne mit dem Rücken der linken Hand einen Schlag versetzen, da er aber merkt, dass er ihn nicht ganz erreichen wird, so macht er schnell eine excessive Radialextension, ohne ihn jedoch zu treffen; in demselben Augenblicke empfindet er lebhaften Schmerz und Kraftosigkeit der Hand.

Das Fragment war frei beweglich unter der Haut, durch Musc. extens. carp. rad. long. nach oben gezogen, durch den Musc. inteross. I abducirt. — Sonach drehte es sich um Fract. des os. metacarp. II. **Pils** (Stettin).

Whitehead. Kieferanchylosis.

(British med. Journ. 1874. April 11. p. 488.)

In der medicinischen Gesellschaft zu Manchester stellte W. ein 12jähriges Mädchen vor, das vor 6 Jahren an Scharlach erkrankt, am 2. Tage der Krankheit einen Abscess hinter und unter der rechten Ohrmuschel bekam, welcher erst nach 6 Wochen sich öffnete. Obwohl nach 2 Wochen die abscedirte Stelle geheilt war, bildete sich langsam aber stetig eine stärkere Behinderung im Oeffnen der Kiefer

aus, bis zuletzt die Zahnreihen auf einander festgehalten, nicht mehr von einander gebracht werden konnten. Auch in der Chloroform-Narkose misslang der Versuch nach Extraction einiger Zähne, mit einer durch Schraubenkraft wirkenden Mundsperre die Kiefer beweglich zu machen. Deshalb wurden beide Condylen am Halse des Gelenkfortsatzes durchsägt, ein Rest durchbrochen, so ein falsches Gelenk etablirt, welches heute vollkommene Oeffnung des Mundes und alle übrigen Bewegungen des Kiefers gestattet. **Pilz** (Stettin).

H. Stanley Gale. Removal of epithelioma of the lower lip by the elastic ligature.

(The Lancet 1874. No. 3.)

G. hat bei einem 64 Jahre alten Manne, der seit 4 Jahren einen Epithelkrebs der Unterlippe trug, welcher bei der Operation beinahe die ganze untere Lippe einnahm, letztere vermittelst der elastischen Ligatur entfernt. Es wurde die kranke Lippe in der Mitte durchbohrt und nach jeder Seite hin, jede Hälfte derselben, ligirt. Am 3. Tage schon mussten desinficirende Abspülungen vorgenommen werden, am 13. Tage fiel die eine Hälfte ab und am 14. Tage die andere. Eine lineare, gut aussehende Wunde blieb zurück.

Wo bleibt der Vortheil der directen, plastischen Deckung bei der Operation mit dem Messer? (Ref.). **Leisrink** (Hamburg).

Moutet. Étude clinique sur deux cas de fracture du maxillaire inférieur.

(Montpellier médical 1874. No. 4.)

In einem Falle von doppelter Fractur des Unterkiefers, wo durch keinen der gewöhnlich angewendeten Verbände eine ordentliche Fixation der Fragmente erreicht werden konnte, legte Verf. eine Art von Funda, aus breiten Kautschukstreifen bestehend, mit Erfolg an. **Girard** (Strassburg i/E.).

Morgan und Tyrrell. Antiseptische Catgut-Ligatur der Femoralis bei Popliteal-Aneurysmen.

(British med. Journ. 1874. Febr. 28. p. 238. — Surgic. Society of Ireland vom 12. Decbr. 1873.)

M. fand bei einer 43jährigen Frau ein Popliteal-Aneurysma, das vergeblich mit Ruhe und Compression behandelt wurde. Da der Tumor weicher wurde, so wurde die Femoralis am 25. Juli mit Catgut im Scarpa'schen Dreieck unterbunden, die Hautwunde vereinigt. Eiterung erfolgte nicht, der Tumor und die Schwellung des Beines wurde geringer, leichte Beugung ist heute vorhanden.

T. behandelte einen Mann mittleren Alters, der seit Septbr. 1872 die Schwellung in der Kniekehle fühlte. Am 11. Novbr. Pulsation im Bereiche von 6" Durchmesser. Innere Medication, äusserlich Digital- und Instrumental-Compression und Eis ohne Erfolg. Ligatur der Femoralis mit carbolisirtem Catgut verschaffte Heilung. **Pilz** (Stettin).

Ueber Sanitätszüge. Aerztl. Verein in Wien, Sitzung vom 17. und 29. Decbr. 1873.

(Der Militärarzt, Zeitschrift für das gesammte Sanitätswesen der Armeen etc. Wien 1874. No. 1, 2 u. 3.)

Dr. F. Mühlwenzel empfiehlt in einer Debatte über die im Sanitätspavillon der Weltausstellung vorgeführten Sanitätszüge die Einrichtung der in Oesterreich zu diesem Zweck verwendeten Wagen, im Gegensatz zu den von Prof. Mundy construirten französischen, obwohl er im Ganzen die vortreffliche und zweckmässige Einrichtung der letzteren anerkennt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. Sonnabend, den 27. Juni. 1874.

Die Bacterien-Vegetation unter dem Lister'schen Verbande.

Von

H. R. Ranke,
Assistenzarzt an der chir. Klinik zu Halle.

Während die practischen Erfolge des Lister'schen Verbandes immer weitere Anerkennung finden, hat die bisherige theoretische Verwerthung derselben der Methode selbst manchen Gegner erworben. Dem gegenüber hoffe ich, dass, wenn nicht schnelle, so doch einige sichere Aufschlüsse über Aetiologie der accessorischen Wundkrankheiten durch eine genaue, theoretisch unbefangene Beobachtung der Vorgänge unter dem Verbande sich erhalten lassen. Eine der ersten Fragen dürfte sein: kommt Coccobacteria unter dem Lister'schen Verbande vor?

Während des Monates Mai wurden hierauf in der Halle'schen Klinik fortlaufend untersucht die Wundsecrete von 15 nach Lister behandelten Fällen, mit über 300 Einzelbeobachtungen; ausserdem wurde noch eine grosse Anzahl einmaliger Untersuchungen bei anderen Kranken gemacht. Unter den Fällen befanden sich z. B. fieberfrei und ohne Eiterung verlaufende Amputationen, so dass der Erfolg keinen Zweifel in die genaue Ausführung des Verbandes zu setzen erlaubt. Das hier nicht näher auszuführende Beobachtungsverfahren schliesst ebenfalls den Verdacht einer nachträglichen Infection des Secretes aus, da unmittelbar beim Verbande das Object von der inneren Protective-Fläche auf den Objectträger und sofort unter das Mikroskop gebracht wurde.

Mit Ausnahme einer zweifelhaften Einzelbeobachtung bei einer fiebernden Unterschenkelamputation fanden sich in allen Fällen Formen der Coccobacteria (freier Micrococcos, meist auch zugleich in Diploformen, nicht immer in Streptoformen; seltener schon kleine und mittelgrosse Bacterien), bald ruhend, bald in lebhaftester Bewegung. Gliabildungen wurden nicht beobachtet. Die Zahl und Combination der Formen wechselte sehr, doch ist es bei der bisherigen kleinen Beobachtungszahl in keiner Weise möglich gewesen, irgend ein Verhältniss zum Wundheilungsverlauf, zur Temperatur etc. festzustellen. Zu erwähnen wäre hier, dass sich die kräftigste Streptococcenvegetation bei einer ganz fieberfrei verlaufenen Amputation fand. Auffallen muss es ferner, dass schon beim ersten Verbandwechsel, also ca. 12 Stunden nach der Operation sich Micrococcen fanden.

Mit derselben Sicherheit also, mit der der Lister'sche Verband in dieser Zeit vor accessorischen Wundkrankheiten schützte, lässt sich behaupten, dass nicht einfach mit der Vegetation der Coccobacteria septica die Aetiologie jener Krankheiten erschöpfend angegeben ist.

B. v. Langenbeck. Ueber die Endresultate der Gelenkresectionen im Kriege.

(Arch. f. klinische Chirurgie XVI. II. p. 340—513.)

(Schluss; cf. Centralblatt No. 12 p. 182.)

2. Resection des Ellenbogengelenks.

Die zahlreichen in den letzten Kriegen auf conservativem Wege erzielten Heilungen beweisen zur Genüge, dass es Fälle geben muss, bei welchen die Resection vermieden werden kann. Doch sind diese letzteren vorläufig noch nicht genauer zu charakterisiren, da man nach der Art der Verletzung nicht bestimmen kann, welchen Verlauf dieselbe nehmen werde.

Auch bezüglich des Ellenbogens lauten die Revisionsberichte einstimmig dahin, dass die Gebrauchsfähigkeit des Arms bei den conservativ Behandelten früher wieder hergestellt und im Allgemeinen

vollkommener gewesen sei (trotz wiederholt ausgesprochener »Verstümmelung«), als bei den Resecirten.

Doch ist ein in Streckung ankylosirter Arm für die gewöhnlichen Lebensbedürfnisse unbrauchbar und eine Ankylose im rechten Winkel häufig, trotz des besten Willens der Aerzte, nicht zu erzwingen. Eine solche ist zwar im Allgemeinen einem Schlottergelenk vorzuziehen, giebt aber auf alle Fälle eine sehr viel weniger vollkommene Gebrauchsfähigkeit, als die durch Resection activ beweglich gewordenen Gelenke und hat ausserdem ebenfalls häufig eine Inactivitätsparalyse der Vorderarmmuskulatur und Contractur der Fingerbeuger im Gefolge.

Die Resection ist dagegen entschieden weniger gefährlich als eine in derselben Wundperiode ausgeführte Oberarmamputation oder Exarticulation, sie rettet also eine Reihe von Menschenleben, welche bei weiter geführter conservativer Behandlung verloren gewesen wären. Ein Theil der so tödtlich verlaufenen Fälle kommt auf Rechnung des zu langen Abwartens, ein Theil der schlechten functionellen Resultate auf Rechnung der mangelhaft geleiteten Nachbehandlung; denn selbst bei den schwersten Schlottergelenken darf keine Unbrauchbarkeit der Hand und Finger sich herausbilden, es sei denn, dass grosse Nerven und Muskeln erheblich verletzt wurden. Die auch bei rationeller Nachbehandlung erzielten schlechten Resultate sind zu beziehen:

1) auf Nebenverletzungen (Zerreissung der Art. cubitalis, der Nerven, der Muskelbäuche und Insertionen);

2) auf die Entstehung eines Schlottergelenks, dessen Ursachen zumeist in einer zu grossen Ausdehnung der Resection und mangelhafter Knochenreproduction, dann aber in erheblicherer Verletzung der Seitenbänder und der von den Condylen entspringenden Muskeln zu suchen sind.

Auch hier ist es wiederum die subperiosteale Resection, welche die Wiederherstellung des neuen Gelenks am meisten sichert, ohne aber in jedem Falle die vollkommene Garantie für Reproduction der entfernten Knochenstücke zu geben. Die Frage, ob nach Resection ein bewegliches oder ankylosirtes Gelenk anzustreben sei, wird erst dann entschieden werden, wenn wir wissen, ob jedes Schlottergelenk durch rechtzeitige Pflege in ein activ bewegliches umgewandelt werden kann, jedenfalls ist die Ankylose in annähernd rechtem Winkel die allein brauchbare.

3. Resection des Handgelenks.

Die durch conservative Behandlung zur Heilung gelangten Handgelenkschüsse der letzten Feldzüge endeten fast immer mit Ankylose und gemeiniglich vollständiger Unbeweglichkeit der Finger (letztere wahrscheinlich von Verwachsung der Sehnen mit deren Scheiden abhängig).

Es bleibt fraglich, ob nicht durch rationellere Nachbehandlung

auch bei conservativ zu Behandelnden beide Nachtheile umgangen werden können.

Die Resection soll die Beweglichkeit und Brauchbarkeit der Hand erhalten oder wieder herstellen und soll nach den bisherigen Erfahrungen — im Princip — eine totale sein. Denn partielle Resectionen geben gar zu leicht Ankylose, passen nur für Ulna und die Carpalknochen und haben vielleicht eine Zukunft, falls mehr, als bisher primär resecirt wird. Bei den totalen Resectionen kann man os multangulum majus und pisiforme zurücklassen, weil sie nicht in directer Verbindung mit dem Handgelenk stehen und wichtigen Muskeln zur Insertion dienen.

Dass die neueren Kriege keine Resultate lieferten, welche zu Gunsten dieser Operation sprechen, liegt zunächst daran, dass sie nicht methodisch und namentlich auch nicht primär geübt wurde.

Keine der bisher gebräuchlichen Operationsarten hat dem Verf. namentlich bei Totalresectionen, genügt. Er empfiehlt den Dorso-Radialschnitt, der hart am Ulnarrande des os metacarpi indicis etwa in dessen Mitte anhebt, über den Dorsaltheil der Radiusepiphyse ca. 9 Cm. aufwärts steigt und die subperiosteale Entfernung sämmtlicher afficirten Theile leicht gestattet.

4. Resection des Fussgelenks.

Aus den Invalidenberichten ist zu entnehmen, dass die Hauptgrundsätze für Nachbehandlung der conservativ und durch Resection zu Heilenden, nämlich genaueste Fixirung des Fusses im rechten Winkel und Umgehung irgendwie erheblicher Verkürzungen, immer noch nicht zum Bewusstsein der Allgemeinheit gekommen sind.

Die Frage, in welchen Fällen die expectativ-conservative Behandlung einzuschlagen und wo zu amputiren, resp. zu reseciren sei, kann allgemein gar nicht beantwortet werden. Auf alle Fälle ist bei Zertrümmerungen des Gelenks durch Geschosse schweren Calibers expectativ zu verfahren, weil unmittelbar nach der Verletzung niemals zu bemessen ist, wie bedeutend die erschütternde und quetschende Einwirkung des Geschosses auf die ganze Extremität gewesen sein mag.

Ebenso muss mit einfachen Kapselwunden und Lochschüssen der Knöchel von vornherein, und mit Fracturen der Malleolen und des Talus dann ein conservativer Versuch gemacht werden, wenn die äusseren Verhältnisse günstige sind.

Da sowohl durch partielle wie durch totale Resection dieselben vollkommenen Erfolge zu erzielen sind, muss im Allgemeinen so wenig wie möglich resecirt werden und zwar empfiehlt Verf.

1) bei Caries die Entfernung beider Malleoli und des Talus in dem Maasse, als derselbe erkrankt erscheint;

2) bei Schussfracturen beider Malleoli und des Talus die Totalresection, jedoch so, dass von letzterem meist nur die obere Gelenkfläche abgesägt wird.

3) Bei Schussfracturen des Malleol. int. die alleinige Resection des untern Tibiaendes.

4) Bei solchen der Fibula Resection des Malleol. ext. mit der oberen Gelenkfläche des Talus (letzteres zur Erleichterung des Abflusses des Wundsecrets).

5) Bei Verletzung aller 3 Knochen, wenn dabei der eine Malleol. nur gebrochen war, Zurücklassung dieses letzteren.

6) Bei ausgedehnter Schussfractur des Talus Exstirpation desselben mit Zurücklassung der Malleolen.

Bekanntlich ist am Fussgelenk nach der traumatischen Resection die Knochenproduction so überraschend reichlich, und die Form des neugebildeten Knochens so gut, dass man glauben könnte, es habe ein Knochenverlust überhaupt nicht stattgefunden. Beides ist jedenfalls auf Erhaltung des Periostes, des Bandapparats und namentlich auch auf sorgfältige Schonung der Membr. interossea zurückzuführen.

Zu bedauern bleibt es, dass bei gleicher Sorgfalt in der Ausführung der Operation die pathol. Resectionen weit weniger günstige Resultate geben. Es scheinen hieran nicht, wie Neudörfer will, dyskrasische Ursachen, sondern rein locale die Schuld zu tragen.

Die Casuistik, operative Technik und Nachbehandlung vergl. hier, wie in den früheren Abschnitten, im Original.

Wilh. Koch (Berlin).

Dr. Karl Stoerk. Beiträge zur Heilung des Parenchym- und Cystenkropfes.

1874. Erlangen, F. Enke's Verlag.

Verf. hat unter mehr als 200 Kropfkranken nur 1 Mal eine acute Entzündung der Schilddrüse beobachtet, in Folge von Erkältung bei einem lange bestehenden Kropfe. Es trat Resorption ohne eitrige Schmelzung, ohne Fieber oder Athembeschwerden ein. Eine acute Entwicklung hat er nie gesehen; nur subacute Fälle, die innerhalb 8—12 Wochen, besonders bei Jünglingen, seltner bei Mädchen entstanden. Das grösste Contingent relativ rasch verlaufender Fälle lieferten jung verheirathete Frauen nach dem Gebäracte; nur selten blieb hier die Vergrösserung constant oder erforderte durch ihren Grad eine Behandlung. Sind keine Cysten in dem subacut entstandenen Kropfe vorhanden, so bringt Jod, sowohl innerlich, als äusserlich angewendet, ihn zum Schwinden bei Individuen bis zum 20. Jahre, nach dieser Zeit stellt sich die Prognose ungünstiger.

Viele Kröpfe lassen sich nur laryngoskopisch durch den Druck auf die Trachea diagnosticiren; bei einseitigem Drucke nimmt die Trachea die Gestalt eines lateinischen D an, bei doppelseitigem die eines Spaltes, bei Druck von allen Seiten bei jugendlichen Individuen eine concentrische Verkleinerung mit dauernder Lumenverringerung, die nicht selten auf die Lungenentwicklung Einfluss hat. — Das Kropfasthma ist nicht durch Mangel an Luftzufuhr, sondern nur durch Druck auf den Nervus vagus und dessen Recurrentes bedingt, der

eine Subparese der Mm. crico-aryt. lat. zur Folge hat, wodurch die Glottis relativ häufiger offen bleibt, als bei Gesunden und die Phonation wie mit Ueberwindung von Hindernissen stattfindet. — Injectionen von Jod in die Struma heilten diese und das Asthma. Die reine Hypertrophie der Thyreoidea giebt namentlich bei jungen Personen und nach kurzem Bestande für die externe Jodbehandlung eine gute Prognose. — Bei Cystenkröpfen empfiehlt Verf. dringend nach Entleerung des Cysteninhalts nur geringe Mengen (10 gr.—$^1/_2$ dr.) Tinct. Jodi und in späterer Zeit Alkohol zu injiciren, dann vermeidet man Reizung und Entzündung. Der Verkleinerung des Balges geht eine Inhaltsveränderung voraus; er wird flockig und muss mittelst Saugpumpe herausbefördert werden. — Ausgeschlossen von dieser Behandlung sind Cysten mit starren Wandungen. Bei grossen Höhlen mischt man besser den Alkohol mit etwas Tinct. Jodi, um dessen essigsaure Gährung, die zur putriden Zersetzung im Balge führen kann, zu verhindern (Billroth und Verf. je 1 Fall). — Von Parenchymkröpfen geben diejenigen, welche neben normaler Drüsensubstanz Colloidinfiltration haben, das beste Heilobject für die parenchymatösen Jodinjectionen; dann folgen die fibrösen Formen; ganz auszuschliessen von dieser Behandlung (wie überhaupt von jeder localen) ist die Struma aneurysmatica, besser vasculosa aut varicosa genannt. — Jodtinctur bewirkt eine intensivere Art der Schrumpfung, als Alkohol; eine Mischung beider ist oft anzurathen. — Hieran schliesst Verf. bekannte Bemerkungen über das chem. Verhalten des Colloids und Resorptionsversuche mit Jod, Jodwasserstoffsäure und ihren löslichen Salzen von wunden Flächen aus, und schliesst mit dem Sectionsbefunde der Struma eines Hundes nach 34 Injectionen, die links mit Tinct. Jodi, rechts mit Alkohol gemacht wurden und folgendes Resultat gaben: durch die Injectionen werden die Gewebe und Gefässe der Struma zerrissen und indem die colloide Substanz mit dem Blute wieder direct in Contact kommt, diese wahrscheinlich resorbirbar gemacht. Ein Wuchern des Bindegewebes ist nicht nachzuweisen; es wird resistenter. Tinct. Jodi bewirkt eine grössere Schrumpfung. — Unter die Haut gebracht erzeugt Tinct. Jodi Eiterung, keine dagegen im Drüsenparenchym.

Marckwald (Heidelberg).

E. Albanese. Zwei Fälle von Aneurysma der arteria femor. — Ligatur der iliaca ext.

(Gazzetta clinica di Palermo 1874. Fasc. I p. 1—8.)

1. Spätes Auftreten von Gangrän (40 Tage). — Ein 50jähriger Mann bemerkt seit $2^1/_2$ Monaten eine Geschwulst in der r. Inguinalgegend, die angeblich nach einer Anstrengung entstanden war. Gegenwärtig ist (9. Juni 1870) das Aneurysma nahezu gänseeigross. Zwei Tage lang wurde durch 16 Stunden per Tag Digitalcompression ausgeführt. Wegen der dadurch entstandenen Ecchymosen versuchte man darauf die Compression des Tumors selbst, doch wurde dieselbe nicht ertragen. Jetzt wurden (17. Juni) mehrere Ergotin-

einspritzungen nach der Vorschrift v. Langenbeck's gemacht; da aber trotzdem das Aneurysma zunahm, wurde die Art. iliaca ext. einen Zoll unterhalb der Theilung doppelt unterbunden und dazwischen durchschnitten. Schon Abends nahm man Pulsationen in der tibialis post. wahr. Im weitern Verlaufe traten mehrmals Blutungen, doch nicht aus dem unterbundenen Hauptstamme, sondern aus Nebengefässen (art. epigastrica?) auf. Am 16. Tage fielen die Unterbindungsfäden ab. Ende Juli, ca. 35 Tage nach der Operation, war die Wunde vollkommen geheilt. Der Kranke verliess schon das Bett, um sich auf einen Lehnstuhl zu setzen. Von da an traten aber wiederholte Schüttelfröste auf, das Bein wurde in wenigen Tagen bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels gangränös (über 40 Tage nach der Unterbindung). Es wurde die Amputation am Orte der Wahl vorgenommen, und der Kranke starb 9 Tage später. Die arteria iliaca fand sich zu einem soliden Strange umgewandelt, der aneurysm. Sack war voll theils organisirter, theils schwärzlicher, weicherer Gerinnsel — Vereiterung des Kniegelenks, grosse weiche Milz, flüssiges Blut, Ecchymosen in den Lungen, keine metastat. Abscesse.

2. F. Pat., 36 Jahre alt, leidet seit 5 Monaten an Aneurysma der art. femor. sin. in inguine, angeblich nach einer Anstrengung entstanden. Die Geschwulst war hühnereigross. Da dieselbe rasch zunahm, und das Bein ziemlich plötzlich oedematös wurde, schritt A. ohne weiteres zur Unterbindung der A. iliaca ext. in der Mitte ihres Verlaufes. Die Heilung wurde durch Eiterung im Blutsacke, welche dessen Spaltung erheischte, etwas verzögert, war aber nach ungefähr zwei Monaten vollkommen; die Gebrauchsfähigkeit des Beines liess nichts zu wünschen übrig.

Menzel (Triest).

D. Domenico Peruzzi. Ueber Ovariotomie.

1874. **Franc. Vallardi** in Mailand.

Das vorliegende Handbuch behandelt ausführlich die Ovariotomie, nach ihrer Geschichte, Indicationen, Operationsmethoden und Nachbehandlung. Die 2. Hälfte des Werkes ist ausschliesslich statistisch. Wir finden darin eine allgemeine, eine französische, deutsche, italienische Statistik, sodann die speciellen Zahlenausweise von Baker Brown, Köberlé und Spencer Wells. Als weniger bekannt darf Ref. die italienische Statistik annehmen, welche von P. verfasst wurde.

Die 1. Ovariotomie in Italien wurde von Prof. Vanzetti in Padua im Jahre 1859 vorgenommen.

Im Ganzen sind bis heute 37 Ovariotomieen ausgeführt; von diesen sind 13 geheilt, ein trauriger Procentsatz. Es ist jedoch erfreulich, zu constatiren, dass die letzten Fälle bei Weitem günstiger ausgingen, als die ersten. Man sieht den Fortschritt von Dekade zu Dekade. Während von den ersten 10 alle gestorben sind, wurden bei den letzten 10 sechs Heilungen erzielt.

Das vorliegende Werk wird gewiss dazu beitragen, der Ovariotomie in Italien zu einem rascheren Aufschwung zu verhelfen.

Menzel (Triest).

M. Nicaise. Luxation scapulo-humerale.

(Société de chirurgie, séance du 21. janvier 1874. Bulletin.)

N. theilt die postmortale Untersuchung einer luxatio scapulohumeralis mit, welche er bald nach geschehener Verletzung gemacht. Die Kapsel war vollständig abgerissen, ebenso der Trochanter; der Pfannenrand war an einer Stelle abgebrochen und der nerv. circumflexus lädirt (Perineuritis). Besonders interessant ist, dass der Humeruskopf, welcher reponirt wurde, kurze Zeit nachher von Neuem wieder luxirt war, ohne dass der Kranke irgend eine Veranlassung dazu gegeben. Der beträchtliche Kapselriss und die Verletzung des Pfannenrandes hatten wahrscheinlich die Reproduction der Luxation veranlasst. Durch die vorhandene Perineuritis des nervus circumflexus erklärt N. die Paralyse des musc. deltoideus, welche man bei Oberarmluxationen beobachtet und von einigen Autoren auf die Contusion des Muskels bezogen wird.

Chassaignac sah auch die spontane Reproduction der reponirten Oberschenkelluxationen in jenen Fällen, wo zugleich Fractur des Pfannenrandes vorhanden war. Bei Schulterluxationen hat er keinen Fall beobachtet. **Tillmanns** (Leipzig).

H. Smith, Notes of a case of attempted suicide. Middlesex Hospital.

(Med. tim. and gaz. 1874. April 25.)

20jähriger Mann, am Tage nach der Verletzung aufgenommen. Sternförmige Schusswunde der Stirn, über der Nasenwurzel, in derem Grunde die Pulsationen des Gehirns wahrgenommen werden. Nach Trepanation der äusseren Wunde Reinigung von Splittern mit Entfernung eines Stückes der Dura. Ausser anfänglicher Bewusstlosigkeit und späteren leichten Delirien keine Gehirnsymptome. Trotz Hirnvorfalls bis zum Rande der äusseren Wunde Heilung unter einfachem feuchten Deckverbande. Die Haut ist eingesunken und lässt die Hirnpulsationen wahrnehmen.

Ranke (Halle).

D. Guglielmo Romiti. Della anestesia in ostetricia.

(Lo Sperimentale 1874. Fasc. 4, p. 389 ff.)

Aus dem historischen Theil entnehmen wir, dass der Aether und dessen anästhetische Wirkungen wahrscheinlich schon vor mehreren Jahrhunderten bekannt waren. G. B. Porta (Magia naturale 1615) spricht sich im Capitel der schlafbringenden Mittel folgendermassen über eine hypnotische Tinctur oder Essenz aus: »diese Substanz muss hermetisch geschlossen aufbewahrt werden, damit nicht der dünnere

Theil entweiche, da alsdann das Mittel jede Wirkung verlöre. Zum Gebrauche mache man das Gefäss auf und halte es unter die Nase des Patienten, den man einschläfern will; er athmet dann den dünneren Theil des Fluidums und seine Sinne sind wie in einem Kerker verschlossen, so dass er in einen festen Schlaf verfällt, aus dem er sich schwer erweckt. Nach dem Schlafe verspürt er gar keine Unannehmlichkeit und hat keine Erinnerung für das, was in der Zwischenzeit vor sich ging«.

Die Chinesen bedienten sich eines andern narkotischen Mittels. Man findet in dem Werke »Kon-Kin-i-Tong« (16. Jahrhundert) in der biographischen Notiz über Moa-Tho folgenden Passus:

»Um Einschnitte, Oeffnungen und Amputationen an einem Pat. vorzunehmen, verabreiche man ihm ein Präparat mago (copaye indica?). In wenigen Augenblicken wird er unempfindlich sein, wie ein Betrunkener oder Lebloser. Nach der Operation wecke man den Pat. auf, welcher in der Zwischenzeit gar keinen Schmerz verspürt hat«.

Menzel (Triest).

J. Rawitz. Versuch einer kriegschirurgischen Statistik der Verwundungen und Verletzungen im Belagerungskriege.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IV. Heft 2. u. 3.)

Das der Arbeit zu Grunde liegende Material rührt aus dem deutsch-französischen Kriege her und zwar sind dabei vorzugsweise die Belagerungsarbeiten bei Paris, Strassburg und Belfort berücksichtigt.

Die tabellarischen Zusammenstellungen enthalten 1859 Fälle und sind mit Rücksicht auf die Entstehung der Verletzungen (ob durch Granat- und Bombensplitter, Gewehrkugeln, Explosionen etc.), auf das Contingent, mit welchem die betreffenden Truppengattungen bei den Verletzungen betheiligt sind, auf die Häufigkeit der Verletzung der verschiedenen Körpertheile und die Schwere der Verletzungen angefertigt und gewähren eine gute Uebersicht. Das Nähere möge im Originale nachgesehen werden. **Gersuny** (Wien).

Max Bartels in Berlin. Traumatische Luxationen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. XVI. Heft 3.)

B. theilt eine Reihe von traumatischen Luxationen mit, welche er seit dem April 1869 auf der Station von Wilms zu beobachten Gelegenheit hatte. Am häufigsten war natürlich die Luxatio humeri; sie kam durch den bekannten Mechanismus zu Stande, nur ein Mal war Lux. humeri subcorac. durch einen Hufschlag gegen die hintere Seite des oberen Drittels des Oberarms entstanden; die Reposition wurde meist nach Mothe gemacht. — Veraltete Luxationen kamen 11 Mal zur Beobachtung; in 9 Fällen, welche eine Dauer von 2—20 Wochen hatten, gelang die Reposition. Im 1. Falle bestand die Ver-

renkung 21, in einem anderen Falle 53 Wochen; die letztern beiden Fälle blieben ungeheilt. Die geheilten Patienten waren im Alter zwischen 42—74 Jahren; üble Zufälle wurden nicht beobachtet. — Lux. claviculae epiacromialis sin. kam bei einem 7jährigen Knaben vor; die Retention gelang nicht. — Häufig wurde die Luxat. antibrachii beobachtet; 11 Fälle wurden im Krankenhause behalten, meist Luxationen nach hinten; 1 Mal wurde eine Lux. antibrachii lateralis ext. bei einem 14jährigen Knaben leicht reponirt; ebenso gelang es, eine 4 Wochen bestehende Verrenkung nach hinten zu reduciren; zwei 4 und 6 Monate bestehende gleiche Luxationen blieben unreponirt und wurden in eine günstige Stellung gebracht mit ziemlich guter Beweglichkeit. — Von grossem Interesse war eine doppelseitige habituelle Luxation des Radius nach aussen, bei Streckung und Pronation entstehend, bei Beugung und Supination sich von selbst reducirend; sie hatte sich bei einem 43jährigen kräftigen Manne angeblich gebildet, als er, 10 Jahre alt, eine für seine Kräfte sehr schwere Karre häufig schieben musste. — Luxat. pollicis dorsalis wurde 1 Mal beobachtet und leicht reponirt. — Eine 25 Jahre alte Dame stürzte von einer Leiter und erlitt eine Luxation der Nagelphalanx auf das Dorsum der Mittelphalanx und eine Luxation dieser letzteren auf das Dorsum der Grundphalanx; die Reposition gelang leicht durch Beugung und Zug. — Am Kniegelenke wurde eine Luxatio verticalis patellae dext. interna beobachtet, welche Pat. (17 Jahre alter junger Mann) durch leichte Flexion im Knie- und Hüftgelenke und folgende forcirte Extension selbst reponirte. — Durch zusammenstürzende Bretter wurde ein 54jähriger Mann am Unterschenkel getroffen; es trat eine Luxatio cruris nach hinten ein, doch so modificirt, dass die Condylen des Femur zwischen Tibia und Fibula hineingetrieben waren; das Bein stand in Hyperextension; die Reduction geschah durch Extension und Impulsion. Das Fibulaköpfchen liess sich nicht genau reponiren; es blieb Schwerbeweglichkeit und Schwäche im Kniegelenke zurück. — Eine Luxat. cruris praefemoralis dext. war bei einem 26jährigen Zimmermann nach einem Fall aus bedeutender Höhe entstanden. Die Reposition war leicht, die Heilung eine vollständige. — Von den Verrenkungen im Hüftgelenke wurden 10 Fälle beobachtet, darunter 7 Fälle von Luxat. iliaca, von denen B. eine sich von selbst reponirende als Subluxatio bezeichnet. (Der angenommene Mechanismus für alle Fälle, Vorwärtsgleiten des Beckens mit Zersprengung der hinteren Kapselwand und Gleiten des Kopfes nach hinten, ist wohl nicht ganz richtig. Ref.) In einem Falle handelte es sich um eine Lux. iliac. bei einem 11 Monate alten Kinde, entstanden durch rohe Manipulationen beim Anziehen eines Schuhes; in einem anderen Falle stellte sich nach Reduction der Verrenkung am 7. Tage eine Lux. ischiadica her. — Eine Luxat. femoris sin. suprapectinea entstand gleichzeitig mit einer Fractur des linken Unterschenkels durch Gegenfallen einer schweren Kiste bei einem 47jährigen Kutscher; die Reposition war sehr schwierig und gelang nach 2

Misserfolgen der Flexions- und Hyperextensions-Methode 8 Tage nach der Verletzung durch das W. Busch'sche Verfahren: Extension mit starker Abduction und Rotation nach aussen, dann immer extendirend Adduction und Rotation nach innen. — Unter der Last eines Getreidesackes brach ein 19jähriger Arbeiter zusammen und erlitt eine Luxat. femoris dextr. perinealis, welche durch die Flexionsmethode reponirt wurde; Heilung in 17 Tagen. **Maas** (Breslau).

Mr. Nicolas-Duranty (de Marseille). De la transfusion du sang.

(Gazette hebdom. 1874. No. 9.)

Aus einer Experimentenreihe, welche D. an Kaninchen angestellt, kam er zu nachfolgenden Schlüssen: die Kälte (7—10° C.) verzögert, selbst bei Luftzutritt, die Coagulation des Blutes, während letzteres hierdurch an seinen belebenden Eigenschaften Nichts einbüsst. Zur Transfusion soll das Blut nicht erst defibrinirt, sondern mit allen seinen Elementen verwendet werden. Zu diesem Zwecke fängt man das arterielle Blut eines Thieres in einem Gefässe von einer Temperatur von 7—10° C. auf. Eine Spritze von gleicher Temperatur dient sodann zur Injection des Blutes in die Vene. D. hat so an Thieren mit günstigem Erfolge operirt, indem er arterielles Carotisblut eines anderen Thieres in die Vena jugul. ext. des Versuchsthieres, welches durch starke Blutentziehungen dem Verenden nahe gebracht war, injicirte. Er empfiehlt diese, allerdings einfachste, Methode der Transfusion auch am Menschen zu versuchen.

Fr. Steiner (Wien).

On cases of strangulated hernia. Clinical lecture by J.W. Hulke.

(Med. tim. and gaz. 1874. 4. April. p. 376.)

H. erläutert an 4 Fällen seinen Grundsatz: in acuten Einklemmungsfällen nicht viel Zeit mit fortgesetzter Taxis zu verlieren, die nur die Mortalität nach der doch noch nothwendig werdenden Operation steigern.

Ueber den Werth des von ihm angewandten Lister'schen Verfahrens spricht er noch kein Urtheil aus. Die Beobachtungen sind folgende:

1) Gesunder, 27jähriger Zimmermann, mit rechtsseitigem, angeborenen Scrotalbruch; trug ein Bruchband. — Austreten des Bruches um Mitternacht, Schmerzen, Erbrechen.

Um 5 Uhr Morgens in Chloroformnarkose nach vergeblich versuchter Taxis Operation. Die Darmschlinge, dunkelroth, mit kleinen Hämorrhagieen, wird eingeklemmt in dem Loche eines den Bruchsack quer durchziehenden Diaphragma.

Heilung fast überall prima intentione.

2) 23jähriger Brauerknecht, mit rechtsseitiger Leistenhernie, trug kein Bruchband, Austritt 4 Uhr Nachmittags, 4 Stunden später

untersucht. Nach vergeblicher Taxis Bruchschnitt. Inhalt 2 Unzen blutigen Serums, Omentum und dunkler Dünndarm; Einklemmung durch quere Faserzüge im Bruchhalse.

Heilung fast vollständig prima intentione.

3) Wittwe (? alt) mit 4jähriger Cruralhernie, 3 Tage lang fortgesetzte Taxis, Reposition en masse, kolossale Schmerzen, Tod 17 Stunden später, wie die Section auswies, an Perforationsperitonitis, ausgehend von einem Loche des fast ganz gangränösen Bruches.

4) Frau mittleren Alters, mit grosser, den Magen mit enthaltender Umbilicalhernie. Durch zu kräftig ausgeführte Taxis berstet der Magen, der Tod erfolgt sehr schnell. **Ranke** (Halle).

Clinic. Society. 27. März 1874.

(Med. tim. and gaz. 1874. April 11. p. 414.)

T. Warrington Haward machte Mittheilungen über eine Blutcyste an der Hand eines 43jährigen Mannes. Da die Punction des seit 2 Jahren stetig wachsenden Tumors des rechten Daumenballens nur Blut lieferte, wurde derselbe mit Anwendung des Esmarch'schen Verfahrens entfernt.

Der Inhalt der dickwandigen Cyste waren Blutgerinnsel und der Wandung ähnliche Massen. Letztere bestand aus ovalkernigen Spindelzellen mit sparsamer Intercellularsubstanz.

Hewett führte darauf einen ähnlichen Fall von der Hohlhand einer Dame an. Die Incision des für ein Hygrom gehaltenen Tumors war von fungösen, blutenden Wucherungen, von den Rändern ausgehend, gefolgt, welche endlich zur Amputation des Vorderarms führten. **Ranke** (Halle).

Dr. Paul Gueterbock in Berlin. Bemerkungen über den äusseren Harnröhrenschnitt.

(Arch. f. klinische Chirurgie. 1874. Bd. XVI. Hft. 1.)

G. betont die Nützlichkeit und Nothwendigkeit der äusseren Urethrotomie bei frischen Verletzungen der Dammgegend gegenüber dem permanenten Katheterismus, den in neuerer Zeit Hunt wieder empfohlen hat. — Bei Stricturen soll man mit Ausnahme weniger absonderlicher Fälle die Harnröhre vor der verengerten Stelle eröffnen und letztere von vorn nach hinten gerade in der Mittellinie spalten. Ob man nach der Operation besser thut, den Katheter liegen zu lassen oder zu entfernen, hängt von den besonderen Verhältnissen des Hospitals, der Patienten u. dgl. ab, doch glaubt G., dass seltenes und spätes Einführen des Katheters Recidive der Strictur begünstige. — Ueberhaupt ist es zur Vermeidung von Stricturrecidiven den Patienten zu empfehlen, von Zeit zu Zeit ein Instrument in die Blase zu führen. — Den Schluss der Arbeit

bildet ein Literatur-Verzeichniss und eine Uebersicht von 13 Urethrotomieen, welche von **Wilms** operirt und vom Verf. beobachtet wurden (7 geheilt, 4 an Pyaemie, 1 an Erschöpfung, 1 durch acutes Lungenödem gestorben). **Maas** (Breslau).

Wagstaffe, Obstruction from large tumour of the pelvis. Enterotomie. Relief.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 2 p. 475.)

Eine 31jährige Frau, seit einigen Monaten mit Schmerzen in der rechten Seite erkrankt, hatte seit 14 Tagen keinen Stuhlgang. Die Rectaluntersuchung ergab einen von der linken Synchondr. sacro-iliac. ausgehenden, unbeweglichen, knochenharten Tumor, vor dem Uterus quer übers Becken hingehend. Kein Verschluss im Rectum oder der Flexur.

Schnitt in rechter Inguinalgegend, 1″ über und parallel zum Poupart'schen Bande, $2^1/_2$″ lang. Anheftung einer Darmschlinge, Eröffnung derselben nur in einer Ausdehnung von $^1/_2$″ — die Oeffnung wurde so klein angelegt wegen der späteren Neigung aller künstlichen After zu prolabiren. Genesung. **Ranke** (Halle).

Necrosis from phosphorus. Royal medical and chirurgical Society, 10. 3. 74.

(Med. tim. and gaz. 1874. March 28.)

Savory zeigte in der betreff. Sitzung einen Ober- und Unterkiefer, von einem Falle von Phosphornekrose herrührend.

Patient war ein 18jähriger junger Mensch, seit 5 Jahren in der Fabrik, und davon die letzten 2 Jahre mit Bereitung der Phosphorpaste beschäftigt. Die Erkrankung begann vor 7 Monaten. Totale Nekrose des Unterkiefers, des Oberkiefers und der angrenzenden Knochen. Durchsägung des Unterkiefers in der Mitte, Extraction der Hälften ohne Gewalt oder Blutung. Zur Zeit der Operation waren noch keine Knochenneubildungen vorhanden, nach sechs Monaten aber der Unterkiefer vollständig regenerirt. Patient starb an Erschöpfung. **Ranke** (Halle).

Mr. Francis Mason (St. Thomas's hospital). Ruptured perineum, incontinence of faeces thirty-three years duration, operation, cure.

(Medical tim. and gaz. 1874. Jan. 10.)

Die 57jährige Patientin erlitt bei ihrer ersten Niederkunft vor 33 Jahren eine Zerreissung des Perineum bis in den After. Seitdem incontinentia alvi, Mastdarmvorfall. Operation durch Abtragen eines

6″ langen, 2″ breiten Schleimhautstreifens mit einem schmalen Saum Haut von der hinteren und seitlichen Wand der Vagina. Tiefe Zapfennaht. Nach 8 Tagen Entfernung der Hefte, fast überall prima intentio. Nach 1 Monat vollkommen geheilt mit hergestellter Continenz entlassen.

Schede (Halle).

Letters from Madras. Operation for establishing female urethra.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 2. p. 487.)

Die vernachlässigten, sehr häufigen Gonorrhöen der Eingeborenen hinterlassen eine Menge von Stricturen, denen dann die Fistelbildung folgt.

In diesen anderweitig nicht zu behandelnden Fällen wird Pat. in Steinschnittlage gebracht; der linke Zeigefinger des Operateurs fühlt im Rectum das vordere Ende der Prostata, die rechte Hand stösst ein gerades, mit der Schneide aufwärts gewandtes Messer direct darauf ein, durch den Einschnitt gelangt eine Sonde und dann ein weiblicher Katheter in die Blase. Die Fisteln können jetzt heilen, und die neue »Urethra« hat keine Incontinenz zur Folge.

Ranke (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

Letters from Madras. Scrotal Elephantiasis.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 2. p. 486.)

Im Jahre 1872 kamen von der bekannten Form 10 Fälle zur Operation. Diese wurde mit Erhaltung der Testikel ausgeführt. Während eine Bedeckung derselben mit erhaltenen Hautlappen sich als unthunlich erwies, wird neuerdings die 4—5 Monate dauernde Vernarbung durch Hauttransplantationen sehr abgekürzt. 2 Todesfälle nach der Operation. **Ranke** (Halle).

Clin. Society. **Austic.** A case of cancer of the transverse colon, producing sphacelus of the wall of abdomen.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 16. p. 528.)

Eine 68jährige Frau wurde am 9. Decbr. 1873 mit noch beweglichem Knoten, rechts vom Nabel gesehen; 13 Tage später mit schon beginnendem Brand der Haut über dieser Stelle ins Hospital aufgenommen.

Die Section nach dem 1 Woche später erfolgten Tode ergab fast vollständigen Verschluss des Colon transversum durch ein primäres Carcinom, Adhäsionen mit der Bauchwand, Perforation nach dieser Seite hin und Infiltration der Bauchwand mit Koth. **Ranke** (Halle).

D. Carlo Giunta. Su di un caso di ferita al torace sin. con penetrazione di una lama di coltello etc. etc.

(Lo Sperimentale 1874. Fasc. 4. p. 413—417.)

Ein 27jähr. Mann bekam einen Messerstich in der linken Axillarlinie zwischen 9. und 10. Rippe. Heftiges Fieber, Emphysem, blutige Stühle, Meteorismus, Erbrechen. Er verliess das Hospital nach $2^1/_2$ Monaten. Doch blieb er immer kränk-

lich und leidend und konnte sich nie recht erholen. Ein Jahr ungefähr nach der Verletzung stellte er sich G. vor. Die Untersuchung der Brustorgane ergab durchaus nichts Abnormes. In der Gegend der linken Symphysis sacro-iliaca fand sich eine Geschwulst, 3 Cm. breit und 12 Cm. lang. An einer ganz kleinen Stelle war die Geschwulst eröffnet. Durch Sondirung constatirte man die Anwesenheit eines Fremdkörpers. Die Oeffnung wurde dilatirt nnd eine Messerklinge von 10 Cm. Länge und 2 Cm. Breite extrahirt, welche unmittelbar neben dem Schaft abgebrochen war. Die Klinge war somit durch die Pleurahöhle und durch das Zwerchfell mit gleichzeitiger Darmverletzung (blutige Stühle) durchgedrungen und hatte sich dann durch die Lendenmuskeln einen Weg nach aussen gebahnt.

Menzel (Triest).

Dr. E. Löri. Extraction von Fischgräten aus dem Larynx.

(Pester medic. chir. Presse 1874. No. 6.)

Verf. empfiehlt zur Entfernung im Larynx festgespiesster Gräten das Türk'sche Fenstermesser. Derselbe theilt drei Fälle mit, in welchen er mit diesem Instrument (in welches unter Leitung des Spiegels die Gräte, ohne durchschnitten zu werden, eingeklemmt werden soll) mehr Glück hatte, als früher mit Pincetten und Zangen. **Rupprecht** (Halle).

Kidd. Colloid Carcinoma of ovary.

(The Dublin Journal of med. science 1874. April.)

Der Fall betraf eine Frau von 36 J., Mutter von 2 Kindern, deren letztes 9 Jahre vorher geboren war.

Bei der Untersuchung fühlte und sah man einen in dem untern Abdomen frei beweglichen Tumor, der entschieden vom linken Ovarium ausging. Consistenz theils flüssig, theils fest.

Der Nabel war stark vorgetrieben, die Haut war sehr verdünnt. Palpation und Prüfung mit Kerze wiesen auf einen flüssigen Inhalt dieser Nabelhernie hin, doch blieb es, da die Fluctuation sich dem übrigen Tumor nicht mittheilte, zweifelhaft, ob hier Ascites oder eine abgesackte Cyste liege. Im weiteren Wachsthumsverlauf des Tumor wurde in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse eine Punction unternommen, welche den unteren Tumor beträchtlich verkleinerte, die Umbilical-Geschwulst jedoch intact liess. Diese selbst platzte eines Tages und entleerte colloide Massen. Nach vorübergehender Besserung wuchsen beide Cystenabschnitte von Neuem an und Pat. entschloss sich zur Operation.

Sie starb 18 Stunden nachher. **Lossen** (Heidelberg).

Walter Smith. Congenital excess of ureters.

(The Dublin Journal of med. science 1874. April.)

Verf. beschreibt das Präparat einer rechten Niere, welche einen doppelten Ureter hatte. Der Canal war der ganzen Länge nach doppelt, von der Niere bis zur Blase. Der linke Ureter war einfach. Die Abnormität scheint sehr selten zu sein.

Verf. konnte in den Protocollen der Londoner Patholog. Gesellschaft nur 2 derartige Fälle finden.

In dem einen fehlten die näheren Angaben, in dem andern vereinigten sich beide Gänge $4^1/_2$ Zoll von der Niere entfernt. **Lossen** (Heidelberg).

Clin. Society. **Lee.** Notes of a case of traumatic stricture of the trachea.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 16. p. 547.)

Patient hatte sich einen Schnitt gerade unter dem Ringknorpel und darunter noch eine 2. Wunde an der rechten Seite der Trachea beigebracht. Anfälle von Dyspnoe zwangen nach der Heilung zum Wiederöffnen und zum Tragen einer Kanüle. 6 Monate später wurde behufs Abhülfe zunächst ein vorderer Längsschnitt gemacht. Es fand sich der hintere Theil des obersten Trachealringes auf der linken Seite

dem vorderen unteren Rande des Ringknorpels durch die Vernarbung genähert. Excision des grössten Theiles desselben, Heilung. Pat. trägt noch eine Kanüle mit oberer Oeffnung. **Ranke** (Halle).

F. Garrigou. L'endemie du goître et du crétinisme, envisagée dans les Pyrénées au point de vue de ses rapports avec la nature géologique du sol.

(Gazette hebdom. 1874. No. 17 u. 18.)

Das Resumé der gesammelten Erfahrungen G.'s ist folgendes: das Vorkommen des Kropfes ist ausschliesslich auf magnesiahaltigen Boden beschränkt (hierzu gehören folgende Steinarten: der Ophit, Amphibolit, Diorit, Serpentin, Talgschiefer, Talk). Das endemische Vorkommen dieser Krankheit wird fast nie auf Kalkboden beobachtet. Die kropferzeugende Substanz ist im Wasser, welches über das genannte Gestein fliesst, enthalten, und besteht vielleicht aus einem Magnesiasalze in Verbindnng mit einem speciellen organischen Stoffe. Schwefeleisen allein erzeugt nicht Kröpfe, wohl aber scheint das Vorhandensein dieses Stoffes im Magnesiaboden mit einem stärkeren Auftreten der Kropfendemie zusammenzufallen. Verf. meint schliesslich, dass seine Beobachtungen in den Pyrenäen in gleicher Weise für die Entstehung des Kropfes in anderen Ländern ihre Gültigkeit haben dürften. **Fr. Steiner** (Wien).

A. Gayet (de Lyon). Quelques applications de l'ischémie chirurgicale.

(Gazette hebdom. 1874. No. 15.)

Von den Fällen, in denen Verf. das Esmarch'sche Verfahren anwendete, erscheint nur einer bemerkenswerth. Ein junger Mann war bei einer Minenexplosion von einem kleinen Steinprojectile verletzt worden, welches in die Mitte seines rechten Vorderarms eindrang, die Weichtheile zerriss und etwas unter dem proc. coron. ulnae austrat. Heftige Blutungen aus der Wunde in der Ellenbogenbeuge wurden durch die Tamponade gestillt. Der Arm schwoll hoch an und G. entschloss sich, da er die Anwendung des Esmarch'schen Verfahrens in diesem Falle wegen der vielen Thromben fürchtete, zur Unterbindung der Art. brachialis. Die ersten 14 Tage darnach verliefen sehr gut, die Blutungen kehrten nicht wieder, der Arm schwoll ab und es folgte gute Eiterung. Plötzlich aber kam wieder eine heftige Blutung aus derselben Stelle, wie früher. Jetzt wendete G. das Esmarch'sche Verfahren an und konnte mit der grössten Leichtigkeit in der Masse der Blutcoagula die Arterie freilegen, welche 2 ziemlich grosse Substanzverluste in ihrer Wand zeigte. 2 Ligaturen an die Art. gelegt. Der weitere Heilungsverlauf war sehr günstig.

G. meint, das Esmarch'sche Verfahren sei vielmehr für delicate Operationen, als für Amputationen angezeigt. Aus Versuchen, die G. an Kaninchen anstellte, war zu ersehen, dass das Esmarch'sche Verfahren bis zur Dauer einer Stunde, ohne Schaden zu bringen, angewendet werden konnte. G. glaubt daher, dass es beim Menschen vielleicht auf noch längere Dauer anwendbar sei. (Wie die Erfahrungen Esmarch's und Anderer bereits gezeigt haben. Ref.)

Fr. Steiner (Wien).

Gaskoin. On the relations of cancer to skin disease.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 16. p. 528.)

G. behauptet auf Grund langjähriger Erfahrungen einen derartigen Zusammenhang zwischen Carcinom und Hautkrankheiten, dass sich in der Descendenz von Carcinomatösen Acne und (seltener) Psoriasis mit Vorliebe entwickele.

Ranke (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 14. **Sonnabend, den 4. Juli.** **1874.**

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der modernen Kleingewehrprojectile auf Lehmmassen und auf den menschlichen Körper.

Vorläufige Mittheilung.

Von

Prof. Heppner und **Dr. Garfinkel.**

Die Experimente wurden mit verschiedenen Gewehren angestellt, und zwar: 1) mit dem jetzt in Russland eingeführten Berdan'schen Gewehre, dessen Kugeln ein Caliber von 4,22‴ haben, 10,5‴ lang sind und eine Anfangsgeschwindigkeit von 1450′ p. Sec. besitzen; 2) mit der englischen Militärwaffe, dem Henry-Martini-Gewehre, dessen Kugeln aus Hartblei (12 Theile Blei, 1 Th. Zinn) bestehen, fast dasselbe Caliber wie die Berdan'schen haben (0,45″), aber

12,7‴ lang sind und eine Anfangsgeschwindigkeit von 1362′ p. Sec. besitzen; 3) mit dem jetzt noch im russischen Heere gebräuchlichen Krnká-Gewehre, Miniékugeln von 6,3‴ Caliber und 10,7‴ Länge (Anfangsgeschwindigkeit ungefähr 800′); 4) mit runden Kugeln (7‴) aus einer gewöhnlichen Jagdflinte geschossen; 5) mit dem jetzt im russischen Heere eingeführten Smitt-Westley-Revolver, dessen Kugeln dasselbe Caliber wie die Berdan'schen haben, wobei die Patrone eine weit geringere Pulverladung besitzt; 6) mit verschiedenen Revolvern geringeren Calibers und endlich 7) mit Monte-Christo-Gewehren von verschiedener Weite.

Um die Wirkung der verschiedenen Projectile, resp. die Grösse der Verletzung auf verschiedene Distancen zu untersuchen, ohne gezwungen zu sein, diese Distancen während des Abfeuerns der Schüsse wirklich einzuhalten, wurde die Pulverladung der gezogenen Waffen in einer gewissen Proportion verkleinert. Die Kugel schlägt nämlich ganz mit derselben Kraft, resp. Endgeschwindigkeit auf, wenn sie z. B. (beim Berdan'schen Gewehre) $^1/_5$ der ganzen Pulverladung hat, oder ob sie, bei normaler Ladung, einen Weg von 1500 Schritt durchlaufen hat. Für das Berdan'sche Gewehr sind von der russischen Waffencommission ganz genaue Untersuchungen und Ausrechnungen für die einer jeden Distance entsprechende Grösse der Pulverladung vorhanden, für das Henry-Martini- und Krnká-Gewehr wurden sie von einem Specialisten für unsere Untersuchungen berechnet. Nach den Angaben desselben wurden die Patronen für unsere Versuche von einem Techniker hergerichtet. Wir haben somit die grössten Distancen benutzen können, trotzdem wir immer unter denselben Bedingungen (d. h. auf 10—20 Schritt Entfernung) schossen. Durch Controllversuche haben wir uns überzeugt, dass die derartig eingerichteten Patronen den wirklichen Distancen entsprachen. Die ausgedehntesten Untersuchungen haben wir mit dem Berdan'schen Gewehre angestellt, weil dasselbe am meisten den Principien der in europäischen Heeren jetzt eingeführten und einzuführenden Gewehren entspricht.

Die von uns angestellten Versuche zerfallen in 2 Gruppen und und zwar in solche, die an geknetetem Lehm und solche, die an Leichen vorgenommen wurden. — Um die Form und die Dimensionen des Schusscanals auf homogene Massen zu prüfen, wurde gekneteter Lehm, den wir in verschiedenen Consistenzen herstellen liessen, in grosse und tiefe Kasten gepackt; die sich nach erfolgten Schüssen darstellenden Schusscanäle wurden mit Gypsbrei ausgegossen und die auf diese Weise erhaltenen Abgüsse meist im Zusammenhange mit den Kugeln aus der Lehmmasse herausgegraben. Diese Versuche ergaben, dass der Schusscanal immer einen Kegel darstellt, dessen grosse Basis der Eingangsöffnung der Kugel entspricht, dessen Spitze die stecken gebliebene Kugel selbst darstellt. Die Kegelform bleibt dieselbe, gleichviel, ob die Kugel rund oder länglich war, gleichviel, ob sie aus einem gezogenen oder glatten Gewehre abgefeuert wurde.

Nur bei sehr festen Lehmmassen hat der übrigens verhältnissmässig kurze Schusscanal eine mehr oder weniger cylindrische Form. In keinem Falle konnte eine Absplitterung oder ein Gewichtsverlust an der Kugel nachgewiesen werden, noch weniger waren jemals Bleipartikel in der Wand des Schusscanals zu finden. Bei Schüssen auf sehr feste Lehmmassen kommt eine Abplattung und bei der Minié-Kugel eine mehr oder weniger hochgradige Umkrämpung zu Stande. Als constante Erscheinung konnte ferner nachgewiesen werden, dass cylindrische Kugeln beim Durchdringen der Lehmmassen ihre Richtung verändern und meist mit ihrer Längsaxe quer zur Längsaxe des Schusscanals gelagert angetroffen werden. Dieser Umstand übt einen gewissen Einfluss auf die Form des Schusscanals selbst aus, der an seinem Endstück nicht rund, sondern von einer Seite zur andern abgeplattet erscheint. Die Consistenz des Lehms hat einen wesentlichen Einfluss auf die Länge und Weite des Schusscanals: je weicher die Masse, desto länger und breiter ist die durch ein bestimmtes Projectil hervorgebrachte Oeffnung und umgekehrt. In weichen Lehmmassen sind die Ränder der Eingangsöffnung wallförmig aufgeworfen, was auf ein Verdrängen der Theile nicht allein zur Seite und vorwärts, sondern ebenfalls in einer der Schussrichtung entgegengesetzten Richtung schliessen lässt. Von grösster Bedeutung für die Ausdehnung des Schusscanals ist die Grösse der Patrone, resp. der Pulverladung. Beispielsweise bringen auf nahe Distancen runde Kugeln, aus glatten Läufen abgefeuert, tiefe und weite Schusscanäle zu Stande, wenn die Ladung eine verhältnissmässig reichliche war. — Eine zweite Versuchsreihe war dazu bestimmt, die Wirkung der Projectile auf Lehmmassen von verschiedener Consistenz zu studiren. Zu diesem Zwecke wurde gekneteter Lehm von verschiedener Dichtigkeit schichtweise in eine Kiste gepackt und im Uebrigen wie in den vorstehenden Versuchen verfahren. Die Abgüsse der Schusscanäle hatten im Ganzen und Grossen ebenfalls die Kegelform, nur fanden sich an den Stellen, wo die Kugel durch weiche Lehmmassen gedrungen war, bauchige Auftreibungen vor, während an den den festeren Lagen entsprechenden Theilen deutliche Verengerungen bemerkt wurden. Auch diese Versuchsreihe bestätigte, dass die Form und Grösse der Kugel keinen wesentlichen Einfluss auf die Form und Ausdehnung des Schusscanals hat; je grösser die Propulsionskraft des Projectils, desto weiter und länger ist der Schusscanal im Allgemeinen, doch immer ist der Zerstreuungskreis in den härteren Lehmschichten enger, als in den weichen. Durch entsprechendes Uebereinanderlagern von Lehmschichten von verschiedener Dichtigkeit haben wir es somit mehr oder weniger in unserer Gewalt, die ursprüngliche Kegelform des Schusscanals nach Belieben zu verändern. So hatte in den Fällen, wo die Lehmmasse auf der Oberfläche aus sehr dichten Schichten bestand, die je weiter in die Tiefe, desto weicher genommen waren, der Abguss des Schusscanals nahezu eine cylindrische Form. Eine weitere Modification der Versuche wurde dadurch bewerkstelligt, dass zwischen die Lehmschichten

Papierschichten eingeschaltet oder auf letztere aufgelegt wurden. Es erwies sich, dass Papierlagen, die einer Lehmschicht aufliegen, entweder einfach ohne Substanzverlust durchrissen werden, oder dass aus ihnen ein kreisrundes Loch herausgeschlagen wird, was in dem einen und dem anderen Falle von der geringeren oder bedeutenderen Propulsionskraft der Kugel abhängt. Die weitere Form des Schusscanals gleicht genau der in der ersten Versuchsreihe erhaltenen, d. h. der Schusscanal stellt unmittelbar unter den Papierlagen eine weite runde Eingangsöffnung dar und verengt sich allmälig in der Tiefe. Dünne Lagen von Fliesspapier, zwischen den einzelnen Lehmschichten eingebettet, werden bald durchfeuchtet und üben auf die Form und Ausdehnung des Schusscanals nicht den geringsten modificirenden Einfluss aus, indem sie an den betreffenden Stellen in gleicher Ausdehnung mit den Lehmmassen durchrissen werden. Anders verhält es sich dagegen, wenn man die Lehmschichten durch Lagen von festem, mit Firniss überzogenen und demnach gegen Durchfeuchtung geschützten Papier unterbricht: während der Schusscanal oberhalb und unterhalb der Papierschicht die übliche Weite hat, erfährt er an der Stelle, wo er die Papierlage durchsetzt, eine plötzliche Einkerbung, indem die Kugel das Papier einfach durchrissen, nicht aber die Partikel desselben, wie die des Lehms in weiter Ausdehnung auseinander gedrängt hat. — In einer vierten Versuchsreihe wurden entweder die Lehmschichten durch zwischengelagerte Menschen- oder Thierknochen unterbrochen, oder es wurden Schädel durch das Foramen occipitale magnum mit Lehmmasse ausgefüllt. In dem einen und anderen Falle wurden die zu benützenden Knochen, um ihre Sprödigkeit zu vermindern, einer mehrstündlichen Maceration unterworfen. Als allgemeines und beständiges Resultat der Schüsse ergab sich stets eine mehr oder weniger auffällige Difformität und Gewichtsabnahme der Kugel, die in manchen Fällen in zwei oder mehrere Stücke gespalten angetroffen wurde. Die Form und Ausdehnung des Schusscanals im Lehm erlitt vielfache Veränderungen, die ohne Zweifel von den interponirten Knochenmassen bedingt wurden. Knochen- und Kugelsplitter fanden sich stets in den Wandungen der tieferen Abschnitte des Schusscanals, in seltenen Fällen aber auch in den diesseits des Knochens gelegenen Stücken desselben vor. Das letztere Phänomen kann nur so erklärt werden, dass der ganze Knochen durch das Aufschlagen der denselben zerschmetternden Kugel in Erschütterung versetzt wird und die sich ablösenden Partikel zurückschleudert. Bei Schüssen auf Schädel, die mit Lehm ausgefüllt waren (mit Revolvern und Monte-Christo-Flinten), erhielten wir Eingangsöffnungen, die beiläufig den Dimensionen der Kugeln entsprachen, wobei jedoch aus der Lamina vitrea immer ein etwas grösseres Stück, als aus der Lamina ext. herausgesprengt war; dann folgte eine plötzliche Erweiterung des Schusscanals in der den Schädelraum ausfüllenden Lehmmasse mit kegelförmiger Zuspitzung des Canals gegen die Ausgangsöffnung hin, die immer grösser, als die Eingangsöffnung war. Bei Schüssen, wo die

Kugel nicht die entgegengesetzte Wand durchdrang, sondern von derselben seitlich ricochetirte, fand sich der ursprüngliche Canal mehr oder weniger verändert, d. h. abgeplattet, oder im Anfangstheil enger, als im weiteren Verlaufe, was in der secundären Erschütterung der Lehmmassen während der rückläufigen Bewegung der Kugel seine Erklärung findet. Versuche, die Wirkung von Projectilen der modernen Präcisionswaffen auf nahe und mittlere Distancen zu prüfen, mussten aufgegeben werden, weil die Zerstörungen so colossal ausfielen, dass über die zu eruirenden Fragen keinerlei Schlüsse gezogen werden konnten.

(Schluss folgt.)

J. Zielonko. Ueber die Entwicklung und Proliferation von Epithelien und Endothelien.

(Arch. f. mikroskopische Anatomie Bd. 9. p. 351—375.)

Nach den Angaben von v. Recklinghausen untersuchte Z., ob am ausgewachsenen Thiere ohne Betheiligung der Blutbahn eine Neubildung von Epithelien stattfinde. Es wurde von der Erwägung ausgegangen, dass die Epithelien auf der Hautoberfläche, da sie verhältnissmässig weit von der Blutbahn entfernt sind, nicht vom Blute direct, sondern vielmehr von der Lymphe ihr Ernährungsmaterial beziehen. Demnach wäre die Lymphe als das natürliche Ernährungsmaterial für die Epithelien anzusehen. In Analogie hiermit wurden abgeschabte Epithelien in einen der Lymphsäcke des Frosches gebracht. Da es sich aber zeigte, dass solch' vereinzelte Epithelzellen nicht leicht wiederzufinden sind, so wurde entweder die ganze Cornea des Frosches, oder nachdem sie in einzelne Schichten zerlegt war, eingeführt und dort in einzelnen Versuchen 1—6 Wochen, in anderen sogar 2—3 Monate liegen gelassen. Als die wesentlichsten Versuchsergebnisse sind folgende anzuführen: 1) Auch ohne Betheiligung der Blutzellen, oder der zelligen Elemente der Blutgefässwandungen bilden sich in der Lymphe neue Epithelien aus den vorhandenen. Die neugebildete Epithelschicht schliesst sich, wenn keine Entzündung im Lymphsack auftritt, innerhalb 8 Tagen zu einer Blase ab. 2) Abgesehen von der Neubildung von Epithelien kommt es in der Lymphe zur Vermehrung der Kerne aller zelligen Elemente und ferner zur Bildung von Riesenzellen, deren Aussehen auf ihre Entstehung aus Epithelien oder Endothelien einen Schluss gestattet. Das Protoplasma der aus Endothelien hervorgegangenen Riesenzellen erscheint blass und bei Na Cl-Zusatz gequollen, von rundlicher Form, nur mit einigen wenigen Fortsätzen versehen. Dagegen verhalten sich die aus Epithelien hervorgegangenen Riesenzellen ganz wie die Epithelien, sie sind polygonal, enthalten die gleichen Kerne und Kernkörperchen, etwa 20—30 an Zahl und hängen hier und da mit den Epithelien direct zusammen. Die Fähigkeit, neue Epithelien zu pro-

duciren, kommt nur den untersten Epithelschichten zu, während die oberen diese Fähigkeit entbehren. Endlich ist den neugebildeten Epithelien wahrscheinlich Contractilität zuzuerkennen, wenigstens ist dies daraus zu schliessen, dass sie Zinnober aufzunehmen vermögen.

J. Munk (Strassburg i/E.).

N. Kowalewsky: Ueber die physiologische Wirkung der in die Blutgefässe eingedrungenen Luft.

(Archiv f. d. ges. Physiologie Bd. 8. p. 607—610.)

Verf. stellte in Gemeinschaft mit Wyssotzky seine Versuche an curarisirten Hunden und Katzen bei unterhaltener künstlicher Athmung an; die Luft wurde in die Blutgefässe mittelst einer calibrirten Spritze eingeführt. Es ergab sich, dass, wenn auch kleinere Mengen Luft (bei Katzen schon 12 Ccm., bei Hunden erst bei weitern grössern Quantitäten) auf einmal eingespritzt, den Tod zur Folge haben, man den Thieren doch bis zu 200 Ccm. unbeschadet in die Vena jugularis centralwärts in der Richtung nach dem Herzen zuführen kann, wenn die Injection nur langsam und allmälig stattfindet, so dass jedesmal nur geringe Mengen Luft in das Herz gelangen. (Vergl. dagegen die Experimente von Loewenthal [Ueber die Transfusion, Heidelberg 1871] und Uterhart [Berl. klin. Wochenschr. No. 4, 1870]. Ref.) Es findet sich dann die Luft im rechten Herzen und in den Lungenarterien (im linken Herzen gar keine Luft, oder nur sehr wenig). In den Lungencapillaren wird die Circulation durch die Anwesenheit der Luftblasen nur vorübergehend gehemmt, und es ist daher sehr wahrscheinlich, dass die Luft in den Lungen aus dem Gefässsystem auf irgend eine Weise (K. vermuthet durch Transmission, d. h. durch Diffusion in den Hohlraum der Alveolen) verschwindet. Es tritt zunächst erhöhte Pulsfrequenz, dann Verlangsamung der Herzaction ein, die allmälig zur Norm zurückkehrt. Nach K. erfolgt somit bei Lufteintritt in das Herz keine Embolie der Lungencapillaren, vielmehr bedingt die starke Schaumbildung im rechten Herzen bei Gegenwart grösserer Luftmengen die Gefahr dadurch, dass der Uebergang des Blutstroms aus den Vv. cavae ins rechte Herz erschwert, ja verhindert wird, infolge dessen dem linken Ventrikel weniger Blut zugeführt wird, und so arterielle Anämie nothwendig eintreten muss. Es wird dies auch dadurch bewiesen, dass bei Injection grösserer Luftmengen auf einmal der arterielle Druck enorm sinkt, häufig bis zur Höhe des Blutdrucks bei sistirter Herzthätigkeit. Es ist demnach beim Eindringen von Luft in die Gefässe der Tod auf die Behinderung der venösen Blutzufuhr und die dadurch herbeigeführte arterielle Anämie (Gehirnanämie, Panum) zurückzuführen.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Dickson. Veränderungen der medull. spin. nach Amputationen im Vergleich mit den Veränderungen bei progressiver Muskelatrophie.

(Transactions of the pathol. Soc. of London 1873. Vol. 24. p. 2.)

Die Untersuchung des Rückenmarks eines vor 15 Jahren am Unterschenkel Amputirten ergab im Vergleich zu dem einer ausgebildeten progressiven Muskelatrophie — gegenüber der von Vulpian angegebenen Gleichheit — eine auffallende Verschiedenheit. Das Rückenmark des Amputirten zeigte Verkleinerung der grauen Vorderhörner in der Lumbargegend, damit einhergehend eine Verminderung von Ganglienzellen hierselbst; die noch vorhandenen hatten ihre Fortsätze verloren, zeigten gerunzelte Begrenzungslinien und waren erfüllt mit körnigem Pigment.

Das Mark der progressiven Muskelatrophie hatte keine Einbusse der grauen Substanz erlitten, nur hatte dieselbe gleichmässig ihr fein granulirtes Ansehen verloren und erschien homogen; die kleinen Ganglienzellen nur bei starker Vergrösserung deutlich, hatten ihre Fortsätze behalten. Zeichnungen verdeutlichen diese Angaben.

Pils (Stettin).

H. Morris. Bemerkung über Ichthyosis der Zunge, gefolgt von Epitheliom. 3 Beobachtungen.

(British med. Journal 1874. Febr. 21. p. 231 ff.)

Bei Patienten mit Epitheliom der Zunge findet man nicht selten auf der Schleimhaut der Wange oder Zunge Stellen mit lederartigen, oder hornigen Epithelial-Lagen, welche zugleich mehr oder minder deutlich Vergrösserung der Papillen aufweisen. Diese von Hulke als »Ichthyosis der Zunge« bezeichnete Affection sah Paget von Epitheliom gefolgt. Obwohl mehrere Fälle von Ichthyosis mitgetheilt, so ist doch nicht genügend auf den Zusammenhang derselben mit dem Epitheliom hingewiesen, welchen M. in 3 innerhalb 6 Monaten gemachten Beobachtungen fand. Die von F. Clarke beanstandete Bezeichnung »Ichthyosis« will M. als vollkommen entsprechend beibehalten wissen. Aus dem Befunde, dass Ichthyosis neben Epitheliom vorkomme, zieht M. den Schluss, dass es zwei differente (?) Processe seien, die nicht etwa verschiedene Stadien darstellen. Von den mitgetheilten 3 Beobachtungen wurde in der 1. dem 52jährigen Manne, der seit 9—10 Jahren auf der oberen Fläche der Zunge weisse, lederharte Flecken, mit zähem Schleim bedeckt, gehabt hatte und jetzt nahe der Spitze rechts einen harten Knoten, links eine ulcerirte Stelle und eine geschwollene Drüse unter dem linken Kieferwinkel zeigte, galvanokaustisch die Amputation der vorderen Hälfte gemacht. Nach 6 Monaten noch kein Recidiv. Mikroskopisch zeigte sich die Schleimhaut, besonders in ihrer Epithelialschicht, bedeutend verdickt; ebenso das submucöse Bindegewebe, in welchem freie Kerne reichlich eingelagert sich fanden. Die Papillen sind durch den Zusammenfluss der

zahlreichen, in spindelförmige Enden auslaufenden Epithelialzellen von hornartiger Structur.

Der 2. Fall betraf einen 49jährigen Mann, welcher angeblich seit 10—11 Jahren eine weisse verdickte Stelle auf der linken Zungenseite gehabt haben will, die zur Zeit in eine eiternde Fläche umgewandelt war. Entfernung des Krankhaften mit der Scheere. Recidiv rechts. Nach vorheriger Ligatur der Art. lingualis dext. Entfernung des Epithelioms.

Im 3. Falle hatte der 56jährige Mann auf seiner Zunge seit 10 Jahren eine unregelmässig geformte, weisse, harte Stelle gehabt. Seit 8 Monaten war Exulceration der ganzen linken Zungenhälfte erfolgt. Antisyphilitische Behandlung wie in den früheren Fällen erfolglos; operative Entfernung wird nicht gestattet.

Ueber denselben Gegenstand vergl. F. Clarke in der Royal med. and chir. Society 24. Febr., cf. Centralblatt für Chirurgie, No. 11, pag. 174). **Pilz** (Stettin).

M. Debove. Du Psoriasis buccal.

(Archives générales de médecine 1874. No. 4.)

Unter obigem Namen bezeichnet Verf. nach Bazin einen eigenthümlichen krankhaften Zustand der Mundschleimhaut, der bisher meist von Engländern beschrieben wurde. Bei dieser Erkrankung findet man die genannte Schleimhaut stellenweise indurirt. Diese indurirten Stellen von 5—6 Mm. Durchmesser können zahlreich werden und zusammenfliessen, so dass z. B. der ganze Zungenrücken sich zu einer einzigen grossen Plaque gestaltet. Sie sind von einem dicken, weisslichen, fest aufsitzenden Epithelbelag bedeckt, und werden der Sitz mehr oder weniger tiefer, ulcerirender Schrunden. Die Zunge ist am häufigsten afficirt; die Plaques zeigen sich aber auch an der Wangenschleimhaut, an den Lippen, am harten Gaumen, am Zahnfleisch. Sie werden meist, und besonders, wenn sie auf der Zunge sitzen, ausserordentlich lästig. Scharfe Speisen und Getränke verursachen Schmerzen; die Zunge schwillt an, die Aussprache wird erschwert, Salivation tritt manchmal ein; es wurde selbst in einem Falle bedeutende Abnahme des Geschmacksinnes beobachtet. Nach langem Bestande endlich führen sie nicht selten zur Entwicklung eines Carcinomes. Sie unterscheiden sich von den syphilitischen Plaques muqueuses durch eine derbere Infiltration und durch den dickeren, viel fester anliegenden Epithelbelag; die Lymphdrüsen der Umgegend sind auch gar nicht geschwollen, der Verlauf ist chronischer und die anamnestischen Momente fehlen. Endlich verschlimmert sich der Zustand durch Quecksilbergebrauch. Die Aetiologie dieser Krankheit ist dunkel; das Rauchen in kurzen Pfeifen scheint eine prädisponirende Ursache zu sein; sie kommt häufig neben wahrer Syphilis bei demselben Individuum vor.

Anatomisch ist sie durch eine sclerotische, bindegewebige Verdickung der Schleimhaut, häufig Vergrösserung der Papillen und Verdickung des Epithelüberzuges der erkrankten Stellen charakterisirt.

Die Behandlung besteht in der Vermeidung aller reizenden Speisen, sorgfältiger Reinhaltung und Gebrauch alkalinischer Mineralwässer (Vichy). Mercur und Jodbehandlung sind contraindicirt.

Girard (Strassburg i/E.).

J. Romanowsky. Fall von Operation nach Gritti.

(Moskauer Medic. Zeitung 1874. No. 2, russisch.)

Im October 1871 wurde in das Wladimir'sche Landschaftshospital ein Bauer aufgenommen, dem vor 18 Jahren aus unbekannter Ursache die Zehen des rechten Fusses und der ganze linke Fuss, von der Mitte des Unterschenkels beginnend, durch Brand zerstört wurden und sich spontan absetzten. Diese Verstümmelung verhinderte den Mann keineswegs, seine Arbeiten nach wie vor zu verrichten, indem er bei manchen Manipulationen, wie z. B. beim Mähen, auf den Knieen vorwärts kroch, sonst sich aber zur Fortbewegung eines von ihm selbst fabricirten Stelzfusses bediente. Vor $1^1/_2$ Monaten wurde der linksseitige Stumpf durch einen Bauernkarren zerquetscht und sah sich der Kranke nunmehr genöthigt, zur ärztlichen Kunsthülfe Zuflucht zu nehmen.

Bei seiner Aufnahme ins Hospital fand sich eine comminutive Fractur beider Unterschenkelknochen und Zerstörung der Weichtheile in grösserer Ausdehnung am Unterschenkelstumpf. Man beschloss die osteoplastische Amputation nach Gritti und führte dieselbe auf die vorgeschriebene Weise aus, wobei jedoch weder die Synovialis der Gelenkkapsel sorgfältig entfernt, noch die (von Szymanowski vorgeschlagene) Tenotomie der Sehne des Quadriceps vorgenommen wurde. Der Verlauf des Heilungsprocesses war ein sehr günstiger, die Ligatur der Arteria poplitea fiel am 22. Tage nach der Operation ab, am 26. Tage war die Wunde verheilt und am 38. Tage verliess der Kranke das Hospital. Verf. sah ihn nach 9 Monaten wieder: die Flexoren und Extensoren des Knies waren gänzlich atrophisch geworden, die Haut am Stumpfende (resp. der Kniescheibe) callös. Pat. fühlte beim Druck auf denselben keinen Schmerz und geht bequem auf seinem Stelzfusse.

Heppner (St. Petersburg).

Charles Martins. Sur la luxation du muscle tibial postérieur comparée à celles des péroniers latéraux et de la longue portion du biceps brachial.

(Bulletin de l'académie de médecine de Paris, séance du 6 janvier 1874.)

Der Verf., 67 Jahre alt, zog sich bei einer Luftschifffahrt eine Luxation der Sehne des muscul. tibialis posticus zu. Als beim Niederlassen des Ballons das Schiffchen mit grosser Gewalt auf den Boden stiess, fiel M., der gerade niedergekauert war, durch Contrecoup nach rückwärts; er contrahirte dabei mit grosser Gewalt in-

stinctiv den musculus tibial. posticus, gleichsam um sich mit dem Fuss am Boden festzuhalten, wie er sich ausdrückt. Sofort trat ein lebhafter Schmerz auf und eine Art von Beweglichkeit, welche Verf. glauben liess, er habe den inneren Knöchel gebrochen. Ein College von M., welcher die Luftschifffahrt mitgemacht, untersuchte sofort den Fuss und fühlte die luxirte Sehne des muscul. tibial. posticus zwischen Haut und innerem Knöchel; eine sonstige Verletzung fand sich nicht. Die Sehne wurde sofort reponirt und vermittelst Compresse und Binde an ihrer normalen Stelle fixirt. Erst nach 3 Monaten konnte M. ohne Stock schmerzlos gehen; er hinkte dabei immer noch etwas. (Endresultat wird nicht angegeben, Ref.)

M. hat in der Literatur kein Beispiel von Luxation der Sehne des muscul. tibialis posticus gefunden.

In dem Werke von Pouteau (Mélanges de chirurgie 1760 pag. 405 und Oeuvres posthumes 1783 II pag. 277) fand M. nur eine Beobachtung einer Luxation des muscul. splenius, welche aber nicht überzeugend sei.

Portal (Anatomie médicale t. II pag. 411, 1803) erwähnt 3 Fälle von Sehnenluxationen, die er bei der Autopsie gefunden (Luxation des muscul. sartorius, des muscul. rectus femoris (?) und des muscul. biceps brachii).

Von den Luxationen der Sehnen der beiden muscul. peronei (peron. long. und brevis) hat M. 9 Fälle aus der Literatur zusammengestellt. (1 Fall von Monteggia, Istituzioni chirurg., parte seconda p. 336, 1803; 1 Fall von Benoit; 1 Fall von Robert, Gazette des hôpitaux 1847. pag. 389; 2 Fälle von Demarquay, Bulletin de thérapeutique 1861, pag. 21; 3 Fälle von Jarjavay, Gazette hebdomadaire, t. IV, p. 387, 1867; 1 Fall von Legouest, Gazette des hôpitaux 1868 p. 191.) Eine unvollständige Luxation des peroneus long. oder des muscul. tibial. posticus will Monteggia an sich selbst beobachtet haben. Von den erwähnten Fällen handelte es sich in dem erst genannten (Monteggia) um eine Luxation beider peronei welche sich ein junger Mann beim Tanzen zuzog. Die Luxation wurde leicht reponirt, war aber nicht zurückzuhalten, sodass sie schliesslich habituell blieb, ohne aber dadurch die Gebrauchsfähigkeit des Fusses zu beeinträchtigen. Der Fall von Benoit betraf einen Tanzmeister mit habitueller Luxation beider peronei, welcher trotzdem seinen Beruf versehen konnte. In dem Falle von Robert war die Reposition der luxirten Sehnen von vorne herein nicht möglich. In dem einen Falle von Demarquay (36jähriger Mann; durch Sturz beim Besteigen des Pferdes) trat nach 20 Tagen soweit Heilung ein, dass Pat. mit einem Stocke gehen konnte; der 2te (22jähriges Mädchen) war in einem Monat geheilt. Jarjavay beobachtete 3 Fälle von Luxation der Sehne des langen Peroneus in Folge starker Einwärtsdrehung des Fusses beim Fallen. Die Reduction war leicht, die Heilung trat durchschnittlich nach einem Monate unter Anwendung eines Compressionsverbandes ein. Legouest sah bei einer

Distorsion des Fusses eine Luxation eines der beiden muscul. peronei, welche man schmerzlos und unter deutlich krachendem Geräusch nach Wunsch hervorbringen und wieder reponiren konnte. (Aehnlich auch beim Verf.)

Bezüglich der Luxation der langen Bicepssehne am Arme hat M. folgende Fälle zusammengestellt. William Cowper (Myotomia reformata p. 149, 1694) beobachtete dieselbe bei einer Frau in Folge des Ausringens von Wäsche. Monteggia (Istituzioni chirurgiche, parte seconda, sezione secunda, p. 334, 1803) kannte eine Dame mit habitueller Luxation der langen Sehne des Biceps, Stanley (London Medical Gazette, t. III pag. 12, 1829) fand am Cadaver die Luxation der Sehne auf das tubercul. majus, wo sie durch eine mit dem Knochen verwachsene Sehnenscheide fixirt war. Sebregondi (Medicinische Zeitung 1855 und Gazette hebdomadaire t. III pag. 133 hält die Luxationen der Sehnen bei Distorsionen und starken Muskelanstrengungen für ziemlich häufig; er will je eine Luxation der Sehne des biceps am Arme und Oberschenkel, eine des triceps und je eine des muscul. teres major und minor beobachtet haben; Fleury endlich sah 1 Fall (Gazette des hôpitaux 1868, p. 191). Sebregondi fühlte die luxirte Bicepssehne an der inneren Partie des muscul. deltoid. In den Fällen von Cowper und Fleury konnten die Pat. sofort nach der Reposition der Sehne ihren Vorderarm wieder strecken. In Folge dieser nur durch eine Luxation der Bicepssehne zu erklärenden Symptome theilt Verf. nicht die Ansichten von Malgaigne (traité des fractures et des luxations t. II pag. 568) und Jarjavay (Gazette hebdomadaire t. IV pag. 359, 1867), welche die Möglichkeit einer Luxation der Sehne des langen Bicepskopfes läugnen. Von Jarjavay sei die Unmöglichkeit der genannten Luxation nicht bewiesen, wie auch Volkmann (Canstatts Jahresbericht 1867 p. 374) gesagt habe. An die Mittheilung des Verfassers schloss sich in der Sitzung der Académie de médec. eine lebhafte Discussion an, aus der ich Folgendes hervorhebe. Nach Colin kommen bei Thieren die Luxationen der Muskelsehnen nicht selten vor, z. B. besonders beim Ochsen die Luxation der Sehne des muscul. vastus longus.

Gosselin beobachtete einen Fall von Luxation beider muscul. peronei (long. et brevis), welche nach 6 Wochen so weit heilte, dass der Pat. ohne Stock gehen konnte. Gosselin ist dafür, nicht gleich nach der Reposition den definitiven Verband anzulegen, sondern erst nach 5—8 Tagen, um zu sehen, ob sich die reponirte Sehne nicht wieder spontan luxire.

Legouest erwähnt noch, dass in seinem bereits oben erwähnten Falle von Luxation des muscul. peroneus long. und brevis in Folge spasmodischer Contractionen die Sehnen bald vor, bald hinter den Malleolus geworfen wurden und zwar mit einem solchen Geräusche, dass die Umgebung des Kranken und letzterer selbst davon belästigt worden wäre. L. konnte dieser spasmodischen Contracturen der musculi peronei nicht Herr werden; der Kranke verliess ungeheilt das Hospital.

Sodann erwähnt Legouest einen Fall von habitueller Luxation des muscul. indicator, die er bei einem Collegen beobachtete.

Auch Velpeau [Chirurg. Anatomie t. II pag. 624] hat einige Fälle von Herausreissung der Sehnen der Peronei aus ihren Scheiden und Luxation derselben auf den äusseren Knöchel gesehen.

Tillmanns (Leipzig).

Henry Smith (King's College Hospital) Sarcoma of the scapula, removal, death.

(The Lancet 1874. No. 4. p. 129.)

Am 30. Mai 1870 wurde ein 16jähriges Mädchen mit einer Geschwulst an der rechten Scapula aufgenommen. Dieselbe war vor 18 Monaten zuerst als ein kleiner Knoten beobachtet, welcher erst langsam, dann schneller wuchs. Zugleich stellten sich schiessende Schmerzen in Schulter, Arm und Nacken ein. Im Uebrigen war das Mädchen gesund.

Bei der Aufnahme nahm der Tumor das ganze rechte Schulterblatt ein, war gleichmässig hart. Die Haut auf demselben beweglich. Achseldrüsen nicht geschwollen. In der Chloroformnarkose wurde eine Punction der Geschwulst gemacht, welche Nichts ergab. Dann wurde durch einen langen Schnitt die Geschwulst freigelegt, und es zeigte sich, dass dieselbe aus 2 Theilen bestand, welche die Supra- und Infraspinalgrube einnahmen. Die Tumoren konnten nun leicht entfernt werden. Bei der Untersuchung stellten sie sich als Sarkome heraus.

Am 13. Tage nach der Operation starb die Kranke an Pyämie.

Leisrink (Hamburg).

A. Kottmann. Totale Exstirpation der Scapula. Auszug aus dem Bericht über die chirurgische Abtheilung des Bürgerspitals von Solothurn im Jahre 1873.

(Correspondenzblatt für schweizerische Aerzte. 1874. No. 9.)

Verf. machte wegen Nekrose die subperiostale Resection der ganzen linken Scapula bei einem 48jährigen Manne. Nach vier Monaten konnte er seinen Patienten in folgendem Zustand entlassen:

Wunde bis auf eine enge, wenig secernirende Fistel geschlossen; Humeruskopf wenig beweglich, tiefer als normal stehend und gegen die Rippen in der Axilla angepresst. Nirgends Knochenneubildung; der Oberarm kann vor- und rückwärts bewegt, aber nicht gehoben werden; am Vorderarm und an der Hand freie ungehemmte, ziemlich kraftvolle Bewegungen; nirgends Schmerzhaftigkeit.

Girard (Strassburg i/E.).

Oré. Injection d'ammoniaque dans les veines pour combattre les accidents produits par la morsure de la vipère.

(Comptes rendus. T. LXXVIII. 1874. p. 983.)

Ein Mann wurde von einer Otter am rechten Daumen gebissen. Sehr bald stellte sich unter heftigen Schmerzen eine beträchtliche Schwellung am Daumen, dann weiter hinauf an der Hand, dem Vorder- und Oberarm und der Schulter ein, ausserdem Fieber, Schlaflosigkeit und hochgradige Erregung. Als Pat. am nächsten Morgen ins Hospital gebracht wurde, fand O. die Anschwellung auch über die obere und hintere Partie des Rumpfs, bis zum Kreuzbein ausgebreitet, die Respiration erschwert, die Pupille stark dilatirt, den Puls klein und frequent. Unter diesen Umständen entschloss sich O., ermuthigt durch die Berichte amerikanischer Aerzte über die Wirkung des Ammoniak bei Intoxication mit Schlangengift, zur Injection von Ammoniak ins Blut, ein Verfahren, von dem er beim Chloral in einem Falle von Tetanus (siehe Centralbl. f. Chir. No. 6 p. 85) den günstigen Erfolg gesehen hatte. Er injicirte eine Mischung von 10 Trpf. Ammoniak mit 7 Grm. Wasser in eine Vorderarmvene; während der Injection empfand Pat. ein Gefühl von Brennen längs der Vene, das aber bald schwand. Lebhafter Durst. Abends um 10 Uhr war die Temperatur 37, 2° C., der Puls regelmässig und kräftig, Pat. fühlte sich besser. Die Nacht schlief er ruhig. Am nächsten Morgen zeigte sich die Haut im Bereiche der Schwellung weniger gespannt und eindrückbar, die Aufregung war ganz geschwunden. Am dritten Tage nach seinem Eintritt ins Spital konnte Pat. bereits aufstehen, und da keine Erscheinung einer etwa noch bestehenden Intoxication sich zeigte, am 10. Tage als geheilt entlassen werden. An der Injectionsstelle war kein Zeichen von Phlebitis vorhanden.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Panas. Du traitement des ulcères variqueux par l'application des hypochlorites, en particulier de l'hypochlorite de chaux et par l'épidermisation.

(Journal de thérapeutique 1874. No. 2.)

Eine locale Asphyxie, durch die Stauung des venösen Blutes bedingt, ist der wesentlichste Charakter der varicösen Beingeschwüre. Die Beseitigung des asphyktischen Zustandes wird dieses mächtigste Heilungshinderniss heben. Nach dieser Ansicht müsste die locale Oxygenation stagnirenden Blutes die Umwandlung des Geschwüres zu einer gewöhnlichen granulirenden Wundfläche am raschesten erzielen lassen.

In der That hat Demarquay (Pneumatologie médicale, 1866) schon hervorgehoben, dass in Sauerstoffbädern, Wunden und Glieder ein vorhandenes cyanotisches Aussehen sehr rasch verlieren.

Vf. schiebt auf eine solche Oxygenation die ausserordentlich

günstige Wirkung, die er bei der Behandlung zahlreicher Beingeschwüre mit unterchlorigsauren Salzen, speciell mit unterchlorigsaurem Kalk beobachtet hat.

Durch die Berührung dieser Salze mit den Wundsecreten tritt eine Zersetzung ein, wobei freier Sauerstoff entwickelt wird, welcher in statu nascendi noch wirksamer ist. Das ebenfalls freiwerdende Chlor ist nicht, wie man denken könnte, die Ursache der günstigen Einwirkung. — Vf. konnte sich hiervon durch Vergleichsversuche, bei Behandlung von Geschwüren mit reinem Chlorwasser, überzeugen.

Girard (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Dr. O. Karpinski, Stabsarzt in Berlin. Beitrag zur temporären (osteoplastischen) Resection der äusseren Nase zur Entfernung von Nasen-Rachenpolypen.

(Berl. klinische Wochenschrift 1874. No. 17.)

Verf. hat nach der von Dr. Paul Bruns (No. 12 und 13, 1872 der Berl. klin. Wochenschr.) mitgetheilten Methode operirt und spricht seine grosse Zufriedenheit über dieses Verfahren aus. Als unwesentliche Modification hat er es vermieden, scharfe Winkel zu bilden und die beiden Querschnitte, welche an der Wurzel über den Nasenrücken und unter der Nase durch die Oberlippe gehen, mit Rundung in den ihre Enden auf der kranken Seite verbindenden Schnitt übergeführt. Man kann so mit der Stichsäge besser die Knochenpartieen durchtrennen. — In einem nach dieser Methode operirten Falle musste die Operation wegen starker Blutung unterbrochen werden, um sie erst nach zwei Tagen zu vollenden; die Säge hatte den Tumor verletzt. Im Bereich der angefrischten und hierauf vernähten Wundränder trat prima intentio ein. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Werlin. Verletzung des Gesichts durch einen Gewehrlaufsplitter.

(Sitzungsprotocolle der kaiserl. med. Gesellsch. im Kaukasus. J. 1872—73. p. 372).

Verf. demonstrirte der Gesellschaft der Aerzte des Kaukasus ein $2^1/_2$ Zoll langes und $^1/_2$ Zoll breites Stück des hintern Endes eines Gewehrlaufs, das dem Kranken durch Sprengen des Gewehrs in die rechte Wange eingedrungen war und nach mehr als 3 Monaten von Dr. Minkewicz aus derselben entfernt wurde. Unmittelbar nach dem Ereigniss war Patient 2 Tage lang besinnungslos, dann machte sich Facialisparalyse, Neuralgie in der rechten Gesichtshälfte und in der Schläfe und Behinderung der Mastication bemerkbar. Nach der verhältnissmässig leichten Extraction des Fremdkörpers erwies es sich, dass derselbe unterhalb der Orbita in der Schläfen- und Kieferkeilbeingrube gesessen und den Processus coronoideus des Unterkiefers zertrümmert hatte. Die Wunde verheilte in 6 Tagen.

Heppner (St. Petersburg).

C. Forster. Complicirte Schädelfractur, Wirbelbruch, Tod am 91. Tage.

(Transact. of the pathol. Society of London 1873. Vol. 24. p. 175.)

Der 27jährige Mann wurde bei einer Schlägerei aus dem 3. Stock auf die Strasse geworfen. Es bestand complicirte Fractur des Hinterhauptbeins und eine Verletzung am 11. Rückenwirbel ohne Difformität; beide unteren Extremitäten waren motorisch und sensibel gelähmt; folgenden Tags andauerndes Erbrechen, Hyperästhesie am Rumpfe und Kopfe; das Coma wird geringer; Besserung der Erscheinungen. Im weiteren Verlaufe tritt amyloïde Degeneration, Pleuritis, Decubitus auf; Pat. stirbt am 91. Tage.

Sect. Emphysem auf beiden Seiten des Thorax, Lungen comprimirt durch Flüssigkeit; Leber, Milz und Nieren amyloïd entartet. Am Schädel beginnt die

Fractur am rechten absteigenden Schenkel der Lambda-Naht, spaltet sich weiter abwärts in 2 Bruchlinien, von denen die eine hintere als Fissur hinabreicht bis zum foramen magnum; die zweite vordere anfangs dem Verlaufe des Felsentheils folgt, um dann durch die Schuppe des Schläfenbeins nach vorn und unten zu ziehen; ein Heilungsprocess war hier nicht zu erkennen. Beide Stirnlappen des Gehirns sind 1‴ tief mit Blutextravasaten durchsetzt; der Körper des 11. Rückenwirbels fracturirt, jetzt in Heilung, der 10. nach vorn gedrängt.

Pilz (Stettin).

Thom. Dowse. Verbreitete Vereiterung der Intervertebral-Knorpel.

(Transact. of the patholog. Society of London 1873. Vol. 24. p. 177.)

Der 9jähr. bisher gesunde Knabe fiel in der Schule auf eine Bank auf und klagte seitdem über Schmerzen im oberen Theile des Rückens, woselbst anfangs eine etwas über hühnereigrosse Geschwulst entstand, die später verging. Kind blass, abgemagert, Abdomen ausgedehnt, keine Difformität am Rücken, hier nirgends Schmerz; Knabe geht ohne Unterstützung umher, liebt das Sitzen mit kerzengeradem Oberkörper. An der 7. Rippe bestand eine Fistel.

Section. Die Wirbelsäule vom 6. Hals- bis letzten Lendenwirbel in halbfeste, käsige Masse eingehüllt. Die Zwischenwirbelscheiben zwischen den Rückenwirbeln fehlten, die Körper wenig cariös; Lumbartheil gesund.

Pilz (Stettin).

Steph. Clogg. Spontane Entleerung eines grossen Blasensteins bei einer Frau.

(British med. Journ. 1874. Mai 2. p. 577.)

Der Fall bietet nur Interesse wegen der Grösse des abgegangenen Steins. — Eine 42jährige Frau, seit 15 Monaten mit Blasenbeschwerden behaftet, hatte Linderung nach Medication gefunden, eine Untersuchung war verweigert worden. 4 Monat später erweckten sie in der Nacht die heftigsten, wehenartigen Schmerzen; es zeigte sich jetzt ein Stein bedeutend aus der Harnröhre hervorgetrieben, welcher unter manueller Hülfe schnell entfernt wurde. Der Stein $2^1/_2''$ lang, $1^1/_2''$ breit hatte $3^7/_8''$ Umfang und wog 9 Drachmen, die abgebröckelten Stücke wogen noch annähernd 2 Drachmen. **Pilz** (Stettin).

Chwat (Warschau). Instrument zum Ausspülen der Blase.

(Medycyna, 1874, No. 16, polnisch.)

Seit ohngefähr 10 Jahren bedient sich Verf. zur Entfernung kleiner Fragmente nach Zertrümmerung von Blasensteinen einer einfachen Vorrichtung, welche die Nachtheile eines Katheters à double courant beseitigt. Das Instrument gleicht einem gewöhnlichen Katheter, nur dass der entsprechend gekrümmte Schnabel nicht abgerundet und mit seitlichen Augen versehen ist, sondern offen und durch schiefes Abschneiden des cylindrischen Katheterrohrs, löffelförmig erscheint. Beim Einführen des Instruments wird dieser Endschlitz durch einen oblongen glatten Knopf obturirt, der an der Spitze eines in das Katheterrohr hineingeschobenen und fixirten Drathmandrin befestigt ist. Man entfernt nun den Mandrin mit dem Knopf, fügt das Kautschukrohr eines Irrigators an ein kurzes Querrohr, welches dem Instrument nahe an seinem Handgriff aufsitzt, stopft mit dem Finger die Ausflussöffnung des Katheters zu und lässt die Spülflüssigkeit unter dem Druck der entsprechenden Wassersäule in die Blase fliessen. Lüftet man den Finger, so treibt der Druck der Blasenmuskulatur und der Bauchpresser den Blaseninhalt sammt den Steinfragmenten u. s. f. bequem nach aussen. Auch jeden gewöhnlichen Katheter kann man zum Zweck des Ausspülens der Blase geeignet machen durch Aufsetzen eines genau eingepassten ⊥ Röhrchens, dessen Querbalken in die Verlängerung des Katheterlumen fällt und dessen Längsbalken, wie oben, zu Aufnahme des Kautschukschlauchs dient. In Fällen von Paralyse der Blasenmuskulatur fügt Chw. einen Kautschukschlauch an die Ausflussöffnung des Katheters und entleert prompt den gesammten Blaseninhalt nach den Gesetzen des Hebers. **Lesser** (Berlin).

Arnold Hiller. (Minden.) Eine acute Pilzinvasion in das stratum mucosum der Haut, ausgehend von einer Onychomycosis.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 20.)

Nach einer wiederholt aufgetretenen, klinisch als Panaritium sub ungue sich charakterisirenden Onychie fand eine Einwanderung von anscheinend den Schimmelpilzen angehörigen Formen in das Stratum mucosum der nächst gelegenen Haut statt. Da diese Pilze sonst nicht leicht in die Haut des lebenden Organismus eindringen, müssen sehr günstige Bedingungen für ihre Entwickelung gegeben gewesen sein. Im vorliegenden Falle handelte es sich um grosse Unreinlichkeit des Patienten (eines Soldaten) mit Rücksicht auf seine Hände, deren Haut trotz energischen Waschens, ihre schwärzliche Farbe behielt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Ravoth. Ueber die Behandlung der Varicocele mittelst Druck eines Bruchbandes. Vortrag gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 19.)

R. empfiehlt den Druck der Bruchbandpelotte, um sofort den Schmerz, den viele Varicocelen verursachen, zu heben und allmäliges Kleinerwerden derselben zu erzielen. Er hat Versuche zahlreicher Art mit Erfolg angestellt und hebt hervor, dass unter 1500 Patienten mit linksseitigen Leistenbrüchen keine Varicocele von ihm beobachtet sei, obwohl doch dieselbe fast stets linksseitig ist. Die Erklärung findet R. darin, dass die Bruchbänder die eventuell sonst unter den 1500 Fällen gewiss vorhanden gewesenen Varicocelen geheilt hätten (?). Auch gegen Varicen und Störungen im Genitalapparat, besonders Hang zur Onanie (?) empfiehlt R. sein Verfahren. **v. Mosengeil** (Bonn).

F. Beach. Harnblase mit einer Tasche, die mit einem dritten Ureter zusammenhängt.

(British med. Journ. 1874 Mai 16. p. 649.)

In der patholog. Gesellschaft zu London legte B. das vorstehend bezeichnete Präparat vor, in welchem die Tasche mit Eiter erfüllt war. Dasselbe entstammte einem 5jährigen Kinde, das in den letzten 6 Wochen an immer stärker werdenden Urinbeschwerden litt. Ob eine offene Communication der Blase und der Tasche bestand, ist aus dem kurzen Referat nicht ersichtlich. **Pilz** (Stettin).

v. Mosengeil. Fixationsmethode des Fusses in einer erzwungenen Stellung beim Erhärten des Gypsverbandes.

(Arch. f. klinische Chirurgie XVI. p. 525.)

Um beim Klumpfuss u. s. w. die Manualfixation während des Bandagirens überflüssig zu machen, verfährt Dr. Mezger in Amsterdam folgendermassen: er wickelt den Fuss, nachdem in dessen Beuge eine dünne Wattenlage gelegt wurde, von der Spitze bis etwa 4—6 Zoll über dem Gelenk mit einer feinen Flanellbinde ein und applicirt darüber eine von beiden Seiten gut mit Gypspulver eingeriebene Binde von weichem aber lose gewebtem Flanell, die man entweder vor dem Anlegen in Wasser bringt oder trocken anlegt und dann mit ganz dünnem Gypsbrei befeuchtet. —

Den Pat. hat man auf einen festen Sitz gesetzt, der niedriger sein muss als die Höhe seines Unterschenkels. Der Fuss wird darauf mit der Fusssohle auf den ebenen, vielleicht vorher angefetteten Boden gestellt, durch Umgreifen des Fussrückens von oben her flach angedrückt erhalten und das Knie derartig gestellt, dass der Fuss möglichst in die beabsichtigte Dorsalflexion und Correction der ursprünglich vorhandenen Varusstellung u. s. w. kommt. Beides wird am besten durch möglichst starke Beugung im Kniegelenk begünstigt.

Wilh. Koch (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº. 15. **Sonnabend, den 11. Juli.** **1874.**

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der modernen Kleingewehrprojectile auf Lehmmassen und auf den menschlichen Körper.

Vorläufige Mittheilung.

Von

Prof. Heppner und **Dr. Garfinkel.**

(Schluss; cf. Centralblatt No. 14, p. 213.)

Die zweite Gruppe umfasst die Schiessversuche an der Leiche. Zur Erleichterung des Transportes nach dem Schiessplatze und zurück, wurden die Leichen in mehrere Theile (Kopf mit Rumpf, Extremitäten) zerlegt und um jede Verschiebung der verletzten Partieen zu vermeiden, liessen wir die Leichentheile auf besondere Holzrahmen ausspannen. Nach erfolgtem Schuss wurden die betroffenen Partieen

entweder durch schichtweises Präpariren oder an gefrorenen Durchschnitten untersucht. Wir kamen zu folgenden Resultaten:

Den grössten Einfluss auf den Grad der Verletzung hat die Propulsivkraft der Kugel; alle andern Momente kommen erst in zweiter Linie zur Geltung. Die kleinsten Kugeln (Berdan und Henry-Martini) ergeben die grössten Verletzungen, weil sie eine enorme Propulsionskraft besitzen und zwar ist die Verletzung um so ausgedehnter, je grösser die Schnelligkeit der Kugel ist (gegen den alten Hunter'schen Satz). Das Caliber der Kugel zeigt keinen wesentlichen Eindruck, wohl aber die Form: mit runden Kugeln konnten wir niemals solche ausgedehnte Verletzungen, wie mit den obigen 2 Gewehren erhalten. Die Miniékugeln des Krnka-Gewehres gaben, entsprechend ihrer relativ kleineren Anfangsgeschwindigkeit, auch geringere Verletzungen, zersplitterten den Knochen nicht so leicht, wie die Berdan'schen; dagegen deformirten sie sich sehr häufig derartig, dass die ursprüngliche Form einer cylindro-conischen Kugel nicht zu erkennen war. Ein vollständiges Umkrämpen des hintern Randes haben wir bei den Versuchen an Leichen nie beobachtet.

Von nicht geringem Einfluss scheint die Härte der Kugeln zu sein. Die Hartbleikugeln des Henry-Martini-Gewehres wirkten am zerstörendsten auf das Knochensystem und da sie nebenbei eine sehr grosse Geschwindigkeit besitzen, so erhielten wir auch mit diesen Geschossen constant colossale Zerreissung der Weichtheile durch hervorgetriebene Knochensplitter, wie beim Berdan'schen Gewehr und wie sie Busch beim Chassepot-Gewehre gesehen hatte. Unsere Ergebnisse sind in dieser Beziehung denen Küster's diametral entgegengesetzt.

Um über die Unterschiede der Ein- und Ausgangsöffnung ins Klare zu kommen, müssen reine Weichtheilschüsse von Schüssen mit Verletzung der Knochen unterschieden werden, wobei ebenfalls die Entfernung, aus der geschossen wurde, Berücksichtigung verdient.

Die Eingangsöffnung stellt in allen Fällen einen mehr oder weniger grossen Substanzverlust der Haut dar; bei den Berdan- und Henry-Martini-Kugeln besitzt sie glatte, etwas nach innen gekehrte Ränder, vom Querdurchmesser der Kugel; manchmal jedoch ist sie bedeutend kleiner, immer aber rund und wie mit dem Stemmeisen herausgeschlagen. Bei den Miniékugeln sehen die Ränder der Oeffnung gezackt aus. Wenn die Kugeln unter einem spitzen oder stumpfen Winkel aufschlagen, so erhält man eine länglich-ovale Eingangsöffnung. Liegt die durchschlagene Haut unmittelbar auf einem Knochen, so erscheint die Eingangsöffnung im Allgemeinen etwas grösser, zuweilen aber stellt sie (bei sehr kurzen Distancen) eine unregelmässige, grosse, gerissene Wunde dar, was z. B. an der vorderen Fläche der Tibia regelmässig der Fall zu sein pflegt. Solche

Eingangsöffnungen werden immer durch ricochetirende Knochensplitter bedingt.

Die Ausgangsöffnung der Kugel stellt bei reinen Weichtheilschüssen eine spaltförmige, gerissene Wunde dar; der Defect in der Haut ist meistens minimal, manchmal gleich Null. Nimmt die Kugel ihren Weg durch sehnige Gewebe, wie am Unterschenkel, Vorderarm u. s. w., so ist die Ausgangsöffnung auch bei reinen Weichtheilschüssen manchmal gross und unregelmässig gerissen. Sind die Knochen mit verletzt, so hat die Ausgangsöffnung, je nach der Distance, aus welcher geschossen wurde, ein verschiedenes Aussehen. Bei kleinen Entfernungen (—200 Schritt) haben wir immer mit dem Berdan- und H.-Martini-Gewehre grosse, zerfetzte, kraterförmige Ausgangsöffnungen bekommen; sie werden hauptsächlich durch die mit grosser Kraft herausgeschleuderten Knochenfragmente, weniger durch die Kugelsplitter bedingt (contra Busch). Bei grösseren Distancen dagegen, wenn also die Knochensplitter mit geringerer Kraft herausgeschleudert werden, pflegt auch die Zerreissung der Weichtheile geringer zu sein, trotzdem dass die Knochen in grösserer Ausdehnung zersplittert sein können.

Der Schusscanal hat in gleichmässigen Muskelschichten ein grösseres Lumen, als der Querdurchmesser der Kugel erwarten lässt, in sehnigen Geweben wird er enger und bei den Berdan'schen Kugeln manchmal vollständig schlitzförmig. In parenchymatösen Organen (Gehirn, Leber) zeigt er manchmal am Eingang eine trichterförmige Erweiterung.

In Betreff der Verletzung der einzelnen Gewebe und Organe constatirten wir Folgendes:

Die Gefässe waren manchmal auf ganz kurze Schuss-Distancen wie zermalmt, zuweilen fanden wir die Hauptarterie oberhalb oder unterhalb der Durchtrennung auf mehrere Linien aufgeschlitzt (durch Knochensplitter), in anderen Fällen, besonders auf grössere Distancen, war sie glatt, wie mit dem Messer durchschnitten. Bei den Minié- und runden Kugeln haben wir so etwas nie gefunden. — Die Nerven bieten den vorbeifliegenden Kugeln eine grosse Resistenz dar; vielleicht erleichtert ihre runde Form das Ausweichen vor dem Geschosse. Wir fanden zuweilen neben der durchrissenen Arterie den Nerv vollständig ganz, zuweilen war ein Stück seines Neurilemms weggerissen. Einige Mal lag der N. ischiadicus im Schusscanal ganz unversehrt. — In den straff gespannten Aponeurosen erhielten wir mit den modernen Projectilen meistentheils schlitzförmige Oeffnungen, während sie in den dünnen und minder gespannten Membranen länglich-oval waren. In der Pleura und im Peritoneum war gewöhnlich ein runder Defect vom Querdurchmesser der Kugel. — Bei Schüssen aus gezogenen Gewehren und auf kurze Distancen (—300 Schritt) waren die Knochen immer derartig verletzt, dass in einem solchen Falle am Lebenden von einer conservativen Behandlung nicht die Rede sein könnte. Gewöhnlich war bei den

Röhrenknochen ein mehrere Zoll grosses Stück vollständig herausgeschlagen und zu einem Knochensand zerrieben. Hauptsächlich wirkten die englischen Hartbleikugeln zerstörend. Fissuren waren in sehr grosser Ausdehnung vorhanden, doch haben wir kein einziges Mal Zersplitterung eines grösseren Röhrenknochens in der ganzen Länge beobachtet. Bei Schüssen durch den Kopf der Tibia war manchmal das Gelenkende des Femur zersplittert. Bei Schussverletzungen der Tibia ist uns nicht gelungen, eine Grenzlinie zu bestimmen, bei welcher das Kniegelenk unversehrt bleibt, wie es Busch versuchte. Bei grösseren Distancen bleibt das Gelenk meistens unversehrt, wenn die Kugel das obere Dritttheil der Tibia trifft. Reine Lochschüsse der Knochen haben wir auf kurze Distancen niemals erhalten; 2 Mal dagegen auf 1200 Schritt durch den Kopf der Tibia (mit Berdan'schen Kugeln).

Bei Schüssen gegen den Schädel auf kurze Distancen war keine Untersuchung möglich. Gewöhnlich war das ganze Schädeldach weggerissen und das Gehirn auseinandergespritzt, während die Basis vielfach fracturirt war. Bei grösseren Entfernungen (800—1200 Schritt) war die tabula vitr. an der Eingangsstelle der Kugel mehr zersplittert und der Defect war grösser, als am Ausgange, während an der äusseren Tafel die Verhältnisse umgekehrt waren.

M. V. Odenius. Beobachtungen über die Entstehung der Vergiftung durch Cadavergift.

(Nord. med. Archiv Bd. VI, Hft. 4, No. 7.)

Verf. schliesst sich den Ansichten Neumann's, Hüter's und Cohnheim's an, nach denen eine Vergiftung durch putride Stoffe bei vollständig unverwundeter Haut zu Stande kommen kann und zwar durch Vermittelung der Follikel. Die Schweissdrüsen sind jedoch, ihrer Structur zufolge, dafür weniger eingerichtet, wie die anderen. Die ersten Beobachtungen des Verf.'s datiren sich von früherer Zeit her, indem er nach Sectionen im Anatomicum (von Lund) öfter die Bemerkung machte, dass seine Hände und diejenigen seiner Assistenten von Pusteln befallen wurden. Die Ursache wurde schliesslich entdeckt. Man benutzte, um die Hände einzureiben, eine Cacaobutter, die lange in einer offenen Schaale im Secirsaale gestanden und ranzig geworden war. Im Jahre 1871 machte er auch auf eigene Kosten eine Erfahrung, die zwar verdriesslich, aber beweisend war. Nach der Section eines frischen Leichnams (die Todesursache war Pneumonie) bemerkte er folgenden Tags eine schmerzhafte Anschwellung an der Volarseite des Unterarms. Keine Wunde, nicht der geringste Riss fand sich daselbst. Aber bei der Section war ein wenig Leichenflüssigkeit auf den Vorderarm gedrungen und war durch den Gurt des Aermels gegen die Haut fest angedrückt gewesen. Dies Leiden wurde ziemlich ernsthaft und führte zu Gangraen des Haut-

stücks. Während die Krankheit auf ihrer Höhe war, bemerkte Verf., dass Bewegungen der Muskeln des Vorderarms jedesmal Schüttelfröste hervorriefen, was er dem dadurch vermehrten Eindringen pyrogener Stoffe in die Lymphgefässe zuschreibt. Im folgenden Jahre hatte er nochmals die Gelegenheit, ähnliche Erscheinungen bei sich und seinen Assistenten zu beobachten. Auch erwähnt er, dass solche Symptome von Intoxication bei Geburtshelfern auftreten nach schwierigen Entbindungen, die zu langdauernden Operationen und Manipulationen nöthigen. Jedenfalls gehört wohl eine gewisse Prädisposition, eine feine Haut etc., oder eine dauernde und innige Berührung der ansteckenden Stoffe mit den Follikeln dazu, um die Affection hervorzurufen.

Rossander (Stockholm).

Antony H. Corley. Fractures of the skull, with special reference to operative interference with cases.

(The Dublin Journal of med. science 1874. April.)

Die mitgetheilten Fälle sind zunächst folgende:

1) Arbeiter, 45 J., wurde von einem Backsteine am Vorderkopfe getroffen. Bewusstlosigkeit von einigen Minuten. Untersuchung zeigte eine kleine, $1^1/_2$ Zoll lange Wunde über dem Arcus supercil. Deutliche Depression, so dass der Fingernagel unter das nichtdeprimirte Stück dringen konnte. Vereinigung der Wunde. Vollkommene Heilung nach 26 Tagen.

2) Kind, 3 J., fiel vom Fenster auf das Strassenpflaster. Aufgenommen im Zustande der Bewusstlosigkeit und mit Lähmung der linken Körperseite. An der rechten Seite des Kopfes 2 kleine Weichtheilwunden, deren eine auf den Knochen führte. Depression fast des ganzen Seitenwandbeines, so zwar, dass die rechte Kopfhälfte gegenüber der linken einen ganz platten Eindruck machte. Eine mehr unregelmässige Depression des Knochens war hinten unten zu constatiren. Gehirnpulsation sichtbar. Die schon beschlossene Elevation des Knochens unterblieb, da das Bewusstsein allmälig wiederkehrte. Auch die Lähmung schwand und unter geeigneter diätetischer Behandlung erholte sich das Kind bald. Zwei Mal zeigte sich Eiter und wurde durch Incision entleert. Nekrose eines kleinen Knochenstückes. Rest der ganzen Verletzung eine unbedeutende Melancholie. Kind starb am Scharlach.

3) Knabe, 13 J., erlitt durch den Schlag des Handgriffes einer Winde Fractur beider rechten Vorderarmknochen und einfachen Bruch des rechten Seitenwandbeines mit Depression. Symptome der Hirnerschütterung. Heilung ohne irgend welche bleibende Gehirnstörung. Behandlung einfach diätetisch. Nach 2 Monaten entlassen. Depression noch unverkennbar.

4) Kind, 4 J., stürzte von einer Treppe über das Geländer auf die nächste untere und fiel auf den Kopf. Vollkommene Bewusst-

losigkeit, stertoröses Athmen. Untersuchung zeigt tiefe Depression des Knochens am hinteren Abschnitte des rechten Seitenwandbeines, Fractur des rechten Femur im mittleren Drittel. Dauer der Gehirnsymptome einige Stunden. Dann Rückkehr des Bewusstseins, fortschreitende Besserung. Nach 2 Monaten geheilt.

5) Knabe, 14 J., erlitt Fractur des hinteren Abschnittes des linken os parietale. Geringe Betäubung, rasche, vollständige Wiederkehr des Bewusstseins. Nekrose eines kleinen Knochenstücks, sonst keine schlimmen Zwischenfälle. Pat. geht der Heilung entgegen.

Mit Bezugnahme auf diese Fälle, welche sämmtlich ohne operativen Eingriff heilten, stellt Verf. folgende Grundsätze der Behandlung von Schädelfracturen auf:

1) Einfache Fissur. Sie erfordert an sich niemals eine Operation. Nur ein coincidirender Bluterguss oder eine nachfolgende Eiterung können die Trepanation nothwendig machen.

2) Einfache Comminutiv-Fractur. Sie kann äusserlich gering, innen an der Tabula vitrea hochgradiger sein. Splitter können das Gehirn verletzen. Die Trepanation ist indessen erst dann indicirt, wenn Symptome der Hirnreizung eintreten.

3) Fractur mit Depression. In der operativen Behandlung besteht kein grosser Unterschied zwischen einfacher und complicirter Fractur mit Depression.

Hier ist die Trepanation, resp. Elevation nur dann gestattet, wenn drohende Hirnsymptome vorhanden und durch andere Mittel nicht zu beseitigen sind.

Prognose der Operation hier um so schlechter, je mehr die Symptome durch andere Momente als den deprimirten Knochen zu erklären sind.

4) Comminutiv-Fractur mit Depression, einschliesslich aller sog. Lochfracturen, erzeugt durch spitze Waffen, Hufschlag, Steinwurf etc.

Sie erfordern sofort eine Operation, da ein Fremdkörper in das Gehirn eingedrungen sein kann. Der specielle Fall hat hier jedesmal die Art der Operation zu bestimmen. **Lossen** (Heidelberg).

Georg Karow. Ueber commotio medullae spinalis.

(Inauguraldissertation. Halle 1874.)

Ein Locomotivführer wurde bei Gelegenheit eines Eisenbahnzusammenstosses mit dem Rücken platt gegen den Tender geschleudert. Gleich nach dem Unfall $^1/_2$ Stunde lang Bewusstlosigkeit und 1 Mal Erbrechen, — Symptome, welche mit einer Contusion des Hinterhauptes, der einzigen, äusserlich zu constatirenden Verletzung, in Verbindung gebracht wurden. Nach einer Stunde stellten sich clonische Krämpfe in den Rumpf- und allen Extremitäten-Muskeln ein, welche unausgesetzt (etwa 6 Zuckungen per Minute) zwei Wochen lang (anfangs auch während des Schlafes) anhielten.

Unter Gebrauch von Narcoticis, Ruhe, warmen Bädern, Vesikantien und zuletzt Kal. bromat. wurden dieselben seltener (in der 3. Woche nur 1 Zuckung per Min.) und blieben nach weiteren 8 Wochen ganz aus, konnten jedoch auch dann noch immer durch Druck auf die unteren Brustwirbel und die zugehörigen Intercostalräume jeder Zeit künstlich hervorgerufen werden. Dieses letztere Factum war anfangs, wegen der Häufigkeit der spontanen Zuckungen, zu constatiren nicht möglich. Heftiger wurden besagte Krämpfe beim Aufrichten, beim Gehen und beim Anhalten des Athems in Exspiration; — seltener in Rückenlage und bei ruhigem Sitzen, beim Anhalten des Athems in Inspiration, sowie durch den Willenseinfluss; im Schlafe waren sie seit Beginn der Beobachtung (3. Woche) nicht vorhanden. Eine palpable Laesion der Wirbelsäule fehlte. Doch waren die oben erwähnten Puncte derselben, von welchen aus zuletzt durch schmerzhaften Fingerdruck Zuckungen ausgelöst werden konnten, anfangs auch spontan schmerzhaft. Es bestanden keinerlei Lähmungserscheinungen. Der ganze Verlauf war fieberlos. Gegen Ende der Beobachtung stellte sich leicht Ermüdung der Beine ein.

Der Fall wird wegen des Mangels aller Lähmungs- und Entzündungserscheinungen als eine in der Literatur bisher angeblich noch nicht rein beschriebene Commotion des Rückenmarks hingestellt. Verf. glaubt alle Erscheinungen seines Falles mit Hülfe der Theorie einer reflectorischen Gefässparalyse erklären zu können. In dem langgestreckten Rückenmark könne, wie das ursächliche Trauma, so auch die reflectorische Gefässdilatation sehr wohl ungleich vertheilt, resp. auf einen kleinen Bezirk localisirt bleiben und brauche sich wegen der Nachgiebigkeit der umgebenden Wandungen eine consecutive Transsudations-Anämie, wie in dem von harter Schale umgebenen Gehirn, nicht zu entwickeln. Daher hier nicht, wie bei Commotion des durch Trauma stets in toto betroffenen Gehirns, allgemeine, sondern mehr oder weniger ungleich vertheilte, und nicht Depressions-, sondern Excitationserscheinungen (gesteigerte Reflexerregbarkeit, oder verminderte Reflexhemmung in der hyperämischen grauen Substanz des Rückenmarks). Die lange Dauer der Symptome (beinahe 3 Monate) gegenüber der einmaligen kurzdauernden Einwirkung des veranlassenden Trauma's finde ihr Analogon in anderen Reflexvorgängen, namentlich Reflexparalysen (Setschenow).

Jede einzelne der beobachteten Zuckungen fasst Verf. als einen besonderen Reflexvorgang auf, dessen Ausgangspunct in den Zwischenwirbellöchern der erwähnten, am meisten schmerzhaften Partieen der Wirbelsäule zu suchen sei. Hier nämlich soll die von der supponirten Rückenmarkshyperämie abhängige Ueberfüllung der abführenden Venen durch Compression der hinteren Nervenwurzeln die spontanen Schmerzen und die spontanen Reflexkrämpfe ausgelöst haben (beobachtete Steigerung der Symptome bei Füllung jener Venen durch Aufrichten, Gehen, Exspiration, Fingerdruck; und Minderung bei Entleerung derselben durch Schlaf, Inspiration, warmes Bad, Haut-

reiz). In der späteren Periode der Krankheit sei mit der Abnahme der reflectorischen Gefässparalyse im Rückenmark sowohl die gesteigerte Reflexübertragung in letzterem selbst, als auch durch Abschwellung jener Venen die Erregung von Schmerzen und Reflexspasmen mehr und mehr geschwunden.

Schliesslich vermuthet Verf., dass durch die anhaltende Hyperämie eine geringe Transsudation in die Meningen des Markes stattgefunden habe, welche abwärts als Hydrorrhachis acquisita angesammelt, die zurückgebliebene Schwäche der Beine erklären könne.

Rupprecht (Halle).

Dr. Otto Soltmann (Breslau). Die Ausbreitungsbezirke der Congestionsabscesse bei der Spondylarthrocace der Kinder.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. VII.)

Die vorliegende Arbeit liefert sehr interessante Resultate in Bezug auf die ersten Wege, welche der Eiter bei Congestionsabscessen im Kindesalter zu nehmen gezwungen ist. Um die Ausbreitung und den Gang dieser Abscesse zu studiren, machte S. Injectionen von flüssigem Leim in erwärmte Kinderleichen unter verschiedenem, genau zu messendem Drucke (Hering's Quecksilberapparat). Der in der wieder erkalteten Leiche erstarrte Leim gab in Gestalt eines festen Tumor den Congestionsabscess wieder.

Die gewonnenen Resultate sind folgende:

1) Der präformirte Ausbreitungsbezirk des Retropharyngealabscesses umschliesst einen Raum, welcher von der basis cranii vor der Wirbelsäule hinter den Halseingeweiden durch das cav. mediastin. postic. in die Brusthöhle bis zum diaphragma reichen kann. Dieser Raum ist am Halse seitlich begrenzt durch carotis, jugularis und n. vagus, deren gemeinschaftliche Gefässscheide dem Drucke indessen keinen grossen Widerstand entgegensetzt, sondern sich in ihre einzelnen Bindegewebsbündel auflöst, welche in starken Zügen von Pharynx, Larynx, Oesophagus und Trachea und rückwärts von der Wirbelsäule stammend in der Gegend der Gefässe sich seitlich begegnen, kreuzen und in einander verfilzen. Durch diese sogenannte Gefässscheide hindurch bildet der Abscess leicht einen oberflächlich gelegenen Anhang, welcher nach aufwärts an die fascia suprahyoidea am Unterkiefer, seitlich an den inneren Rand des m. cucullaris und abwärts bis zur Clavicula gehen kann. —

Die bei erfolgter Perforation der sog. Gefässscheide inconstante Lagerung der Arterie und Vene mahnen bei seitlicher Eröffnung des Abscesses zur Vorsicht. Vorgeschlagen wird zur Incision eines Abscesses bei Caries des 4. und 5. Halswirbels eine Stelle, etwa 1 Zoll oberhalb des manubrium sterni neben der Trachea. — Eine möglichst schnelle Eröffnung ist wegen leichter Wanderung des Eiters ins mediastin. postic. geboten. — Der oberflächliche Antheil des Abscesses communicirt nie mit dem mediastin. postic. und nie — eben-

sowenig wie der tiefe — mit der Achselhöhle; die tiefe Halsfascie schiebt sich als Schutz vor. Nie wird Larynx und Pharynx oder Trachea und Oesophagus am Halse durch den Abscess getrennt.

Auch bei noch schwacher Anschwellung am Halse kann die Wanderung des Eiters ins mediastin. postic. schon begonnen haben; letzteres ist ausnahmslos der Fall, wenn bereits die Gefässscheide durchbrochen ist und ein oberflächlicher Abscess sich gebildet hat. Im mediastin. post. scheint die Pleura rechterseits leichter zu perforiren.

2) Mediastinalabscesse. Hier umfasst die Eiterung wesentlich das Gebiet der Aorta im mediast. post. Es sind selbstständige oder eingewanderte Abscesse. Die Ausdehnungsfähigkeit des Hohlraumes im oberen Theile des Brustkorbes ist grösser im unteren; daher — dem Gesetze der Schwere zuwider — der Eiter lieber nach oben, als nach unten steigt; nach oben nicht über den truncus cervico-brachialis, nach unten nicht unter das Zwerchfell, wenn der Sitz der Caries die mittleren Brustwirbel sind. Die seitliche Ausdehnung kann eine sehr bedeutende sein mit weitgehender Abhebung der Pleura und fascia endothoracica. Nur bei Caries der Rippen oder degenerirter Muskulatur geschieht die Perforation nach aussen. Perforation durch die Pleura scheint rechts häufiger. Findet bei tieferem Sitz der Caries eine Wanderung durch das Diaphragma statt, so geschieht dies stets durch den Ausschnitt für den m. psoas, — »Aorta und Oesophagus dulden keinen fremden Gast neben sich«.

3) Die Congestionsabsesse bei Spondylitis lumbalis und sacralis sind verschieden in ihrer Verbreitungsweise je nach dem Sitz der Caries; sie sind entweder subseröse, oder gehören der Muskulatur des Ileopsoas an.

A) Die subserösen Abscesse entstehen bei Caries der vorderen Lendenwirbelkörper und des Kreuzbeins und secundär aus Psoasabscessen. Sie heben das parietale Blatt des peritoneum ab, dehnen sich am liebsten in das perinephritische Bindegewebe aus und reichen abwärts bis zum lig. Poupartii (Perforationsstelle). Meist sind sie zweitheilig: medialer Theil vor Kreuzbein und Wirbelsäule und lateraler Theil um die Niere herum, über den m. ilio-psoas hinweg zum lig. Poupart. Eine präformirte Communication mit dem Oberschenkel besteht nicht, auch nicht mit Brusthöhle oder dem Schlauche der Psoasfascie.

B) Die eigentlichen Iliopsoasabscesse entstehen bei lateralem Sitz der Caries des 1. bis 4. Lendenwirbels, theils subfascial, theils intramuskulär; letztere werden im unteren Drittel des Muskels ebenfalls subfascial und haben im lig. Poupart., oder oberhalb ihre Perforationsstelle. Ein präformirter Weg zum Oberschenkel besteht für sie nicht; nur bei pathologischen Zuständen im annulus cruralis erfolgt Durchtritt zum Oberschenkel (cfr. Bierbaum, luxatio congen. femor. Giessen 1858 p. 29).

Die Psoasabscesse haben an drei Stellen des Muskels eine Communication mit dem Subperitonealraum.

a) Zwischen Psoas und Iliacus, am Durchtritt des n. cruralis und n. cutaneus fem. ext. ant.; hier entsteht der Ilioabdominalabscess.

b) An der hinteren Fläche des Muskels um den ramus communicans herum, der vom plex. lumbalis zum plexus sacralis zieht, durch diese Ausgangsstelle bildet sich der Ischiofemoral-Abscess. Der Eiter wandert dem Verlauf d. n. ischiadicus nach zum Becken hinaus zwischen glutaeus med. und minim.

c) Die dritte Communicationsstelle liegt an der medialen Innenfläche des Muskels um den n. obturatorius — Pelvipsoasabscess. Der Ischiofemoral- und der Pelvipsoasabscess entstehen auch selbstständig bei Caries des 5. Lendenwirbels.

Am leichtesten entsteht Ilioabdominalabscess, schwerer der Ischiofemoral- und der Pelvipsoasabscess.

Die Symptome der einzelnen Abscesse sind je nach den Stadien verschieden. Der Psoasabscess — im Muskel selbst — flectirt den Schenkel; Gehen — wenn überhaupt möglich — nur mit stark vorgebeugtem Körper. Tritt der Abscess aus dem Muskel heraus, z. B. beim Ilioabdominal-Abscess — ist Streckung des Schenkels, auch Gehen und Stehen, eventuell selbst ohne Beschwerde möglich. Bildet sich ein Pelvipsoasabscess, so betheiligen sich die Intestina, (Tenesmus vesicae, Tympanitis, Darmschmerzen). Beim Ischiofemoral-Abscess wird der Schenkel wieder flectirt und nach aussen rotirt, um die Glutäen zu entlasten (NB. Eröffnung des Abscesses mit Umgehung des unteren Randes des m. glutaeus), und in Folge des Druckes auf den n. ischiadic. Contraction im Kniegelenk. — Bleibt beim Psoasabscess die Beugung des Schenkels bestehen, so sind durch die allmälige Verdichtung der lockern Zellgewebshäute bei mässigem Druck die Communicationsstellen impermeabel geworden, die ursprüngliche Abkapselung innerhalb des m. psoas besteht fort. **Mekus** (Halle).

Arthur Menzel in Triest. Spontane Dactylolyse, eine eigenthümliche Erkrankung der Finger.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

M. sah bei einer 44 Jahre alten Frau den rechten Mittelfinger in der Mitte der 1. Phalanx sich ganz plötzlich zu einem federkieldicken, überaus kurzen Stiel verschmächtigen, an welchem eine kaum hühnereigrosse Geschwulst sass; der Stiel bestand nur aus Weichtheilen, die Geschwulst war mit verdickter Epidermis bedeckt, trug keine Spur eines Nagels, war auf Druck und spontan schmerzhaft, dagegen nicht empfindlich gegen Nadelstiche. An dem sonst normalen Zeigefinger zeigte sich an der 2. Phalanx eine ringförmige, 1''' tiefe Furche; der Daumen war normal, der 4. und 5. Finger fehlten bis auf einen kleinen Stumpf der 1. Phalanx. An der linken Hand

waren Daumen und Zeigefinger normal, 3. und 4. Finger nicht vorhanden, vom 5. stand die 1. Phalanx und ein Rudiment der 2., mit einer nagelähnlichen Epidermisverdickung. Am linken Fuss war leichte Varusstellung, Verwachsung sämmtlicher Zehen, am rechten scheinbar knöcherne Vereinigung der 1. und 2. Zehe. — Pat. wurde mit diesen Uebeln geboren; jedoch war die Geschwulst am Mittelfinger kleiner und durch einen festen (knöchernen) Stiel mit der Phalanx verbunden, der erst vor 6 Monaten durch den Tritt einer Ziege zerbrach, so dass die Geschwulst pendelte. — Die Geschwulst verkleinerte sich durch Ruhe, am 6. Tage schnitt M. den Stiel mit einem Scheerenschlage ohne wesentliche Blutung ab. — Bei der mikroskopischen Untersuchung bestand sie aus einem Knochenstückchen, lockerem Bindegewebe, bedeckt mit annähernd normaler Haut, die sich nur durch die Unregelmässigkeit sehr kleiner und daneben wieder sehr grosser Papillen und entsprechender Epidermislagen auszeichnete. — Die gleiche Furchenbildung fand M. in einem zweiten Falle an dem Mittelfinger und Ringfinger der rechten Hand mit unversehrtem Phalangenknochen. Beide Finger waren in ihrem Längswachsthum zurückgeblieben und verdickt; an der linken Hand zeigte sich die ringförmige Einschnürung nur an der ersten Phalanx des Mittelfingers; auch im 2. Falle war das Leiden angeboren. — Verf. nimmt an, dass es sich in diesen Fällen um eine Abschnürung durch Epitheleinsenkung handele, entsprechend der in der 7. Woche bei Säugern auftretenden vierfachen Längsfurchung, welche schliesslich die Trennung der 4 Finger bewirkt. — In pathologischer Beziehung hat O. Wucherer (Virch. Arch. 56. 3.) unter dem Namen »Ainhum« eine ähnliche Erkrankung an den Zehen der afrikanischen Race beschrieben.

Maas (Breslau).

Nicaise. De la translucidité totale de l'hydrocèle.

(Gaz. méd. 1874. No. 19.)

N. macht darauf aufmerksam, dass die Hydrocele bei Prüfung gegen das Licht unter Umständen in ihrer ganzen Ausdehnung durchscheinend ist. Er beobachtete diese Erscheinung z. B. bei einem Kranken mit Hydrocele nach gonorrhoischer Epididymitis. Wiewohl die Palpation die Lage von Hoden und Nebenhoden deutlich erkennen liess, erschien die Hydrocele doch überall gleichmässig durchscheinend. Die gleiche Erscheinung zeigte sich bei einem kleinen Kinde mit angeborener Hydrocele der tunica vaginalis communis.

N. sucht die Erklärung des Phänomens in der totalen Reflexion der Lichtstrahlen, die auf der von Flüssigkeit bespülten Oberfläche der tunica vaginalis zu Stande kommt. Von besonderer Bedeutung wird dabei ausser der verschiedenen Dicke der tunica vaginalis die Beschaffenheit der Serosa sein. Eine möglichst normale Oberfläche derselben wird die totale Reflexion mehr begünstigen, als eine pathologisch veränderte. Sehr viel kommt ferner auf den Untersuchungs-

modus an. Bei zu starker Annäherung des Lichtes wird der hintere Theil des Tumors dunkel bleiben. Letzterer wird dagegen in seiner ganzen Ausdehnung durchscheinend, wenn man das Licht der hintern Partie des Hodens gerade gegenüber hält. Endlich ist auch die Intensität des Lichtes von Bedeutung, indem bei einem schwachen Licht die Hydrocele eher in toto hell erscheinen wird, als bei einer scharfen Beleuchtung, welche die undurchsichtigen Gegenstände deutlich zu unterscheiden gestattet.

(Dass man demnach, wie N. betont, vor einem operativen Eingriffe, das bei der Beleuchtung gefundene Resultat stets durch die Palpation controlliren muss, ist wohl selbstverständlich. Ref.)

O. Volkmann (Halle).

Gerolamo Oppizzi. Unterbindung der arteria iliaca interna dextr. wegen eines Blutschwamms der Symphysis sacro-iliaca.

(Gazz. med. ital. Lomb. 1874. Jan.)

Ein 45 Jahre altes Bauernweib wurde auf die Klinik von Pavia wegen einer Geschwulst in der Gegend der Symphysis sacro-iliaca dextr. aufgenommen. Die Geschwulst war 4 Finger breit, flach aufsitzend, 3 Cm. hoch, bestand erst seit wenigen Monaten, war durchaus nicht schmerzhaft und in der letzten Zeit rasch gewachsen. Höchst deutlich sichtbare und fühlbare Pulsationen, durch's Ohr ein ganz deutliches Blasen vernehmbar. Sowohl Pulsationen, als auch Geräusch verschwanden vollkommen bei Compression der Aorta oder der art. iliaca communis dextr. Diagnose: Aneurysma der arteria glutaea dextr.

In einem Zeitraum von 35 Tagen wurden 4 Einspritzungen von je 1 Gmm. Chloralhydrat in die Geschwulst ohne wesentlichen Erfolg vorgenommen. Deshalb Unterbindung der art. iliaca int., ausgeführt durch Prof. Porta; 6″ langer Schnitt parallel dem Hüftbeinkamm; Ligatur der Arterie einen Zoll unterhalb der Theilung.

Unmittelbar danach hörten Pulsation und Blasen im Tumor auf. Indessen traten schon am Abend nach der Operation Erscheinungen von Peritonitis auf, denen die Patientin nach 40 Stunden erlag.

Am Cadaver wurde von der Aorta aus eine Zinnober-Wachs-Masse injicirt. Es fanden sich 3 starke Aeste der art. glutaea nicht injicirt, welche eine Strecke weit an der Oberfläche der Geschwulst hinzogen und dann sich in's Innere der Geschwulst senkten. Diese selbst war kein Aneurysma, sondern eine ungemein weiche, schwammige Geschwulstmasse von Orangengrösse, vom Knochengewebe des tuber ischii und der entsprechenden Seite des Sacrum ausgehend. Die arrodirten Beckenknochen wurden aufbewahrt.

Der mikrosk. Befund der Geschwulst selbst ist nicht mitgetheilt.

Zwei dem oben mitgetheilten sehr ähnliche Fälle von pulsirenden Beckengeschwulsten sind in Billroth's chirurg. Erfahrungen aus Zürich (Archiv f. klin. Chir. X, p. 574) beschrieben.

Der zweite Kranke, auch ein Italiener, starb in der Heidelberger Klinik, und lautete die Diagnose des Sectionsprotocolls: Sarcoma teleangiectodes cysticum ossis ilei dextr., metastatische Sarkome in beiden Lungen und Pleurablättern; Sarkom der Schilddrüse, myxosarcomatöse Geschwulst an der 3. linken Rippe. Nach eigener Untersuchung erklärt es Billroth für ein sehr gefässreiches, alveoläres Sarkom. Im 1. der Billroth'schen Fälle war die Gesammtdauer des Leidens 1 Jahr 8 Monate; im zweiten 4 J. 8 Monate. (Ref.)

Menzel (Triest).

X. Delore (de Lyon). Ueber den Mechanismus der Kniebohrerstellung der Beine, und ihre Behandlung durch die Epiphysentrennung.

(Gazette hebdom. 1874. No. 8.)

Die stärkere Entwicklung des Condyl. intern. des Oberschenkels nach unten, und weiter eine Krümmung der Tibia nach aussen, deren Mittelpunkt im Niveau der vorderen Tuberosität dieses Knochens gelegen ist, sind die Ursachen der Kniebohrerstellung der Beine. D.'s Behandlung besteht in dem forcirten Redressement, in der Narkose des Patienten. Das Bein wird hierbei nach aussen rotirt, ein Assistent hält den äusseren Knöchel des Unterschenkels etwa 10 Centim. über die Bettfläche erhoben, während der Operateur auf den jetzt gerade nach oben gerichteten Vorsprung an der inneren Kniegegend stossweise kräftig drückt, bis unter Krachen das Redressement erfolgt. Das letztere soll, nach D., hergestellt werden dadurch, dass die Gelenkflächen von einander entfernt werden, durch Losreissung des Periostes mittelst der äusseren Lateralligamente, und durch die Trennung der Epiphysen.

D. will das Verfahren in mehr als 200 Fällen, ohne misslichen Zwischenfall geübt haben. In 6 Monaten soll das Knie wieder völlig functionsfähig sein.

Fr. Steiner (Wien).

Carnus. De l'action des courants continus sur les troubles du corps vitré.

(France médicale 1874. No. 33.)

C. giebt die Krankengeschichten von 5 Fällen, in denen durch Galvanisation des oberen Halsganglion des Sympathicus Glaskörpertrübungen und Synechien geheilt wurden.

Lichtheim (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Peebles. Case of dislocation of the kidney; renal abscess, recovery.

(The Dublin Journal of med. science 1874. April.)

Eine Dame fiel so unglücklich aus dem Wagen, dass sie mit der linken Seite unter denselben zu liegen kam. Unmittelbar nachher starker Collaps, Urinverhaltung. Diese Symptome besserten sich bald, doch konnte Pat. erst nach 4 Wochen

das Bett verlassen. Zwei Tage nach ihrem ersten Aufstehen empfand sie plötzlich heftige Schmerzen in der linken Seite und bot alle Symptome einer acuten Nephritis. Als die Schmerzen nachliessen, fühlte die Kranke im Unterleib deutlich einen losen Tumor, der sich verschieben liess und den Bewegungen des Körpers folgte. Nahm Pat. die horizontale Lage ein, so drängte der Tumor gegen den Magen, stand sie, so rückte er nach unten. Dabei war seine Berührung so schmerzhaft, dass eine gründliche Untersuchung ganz unmöglich war; indessen schien es Verf. ziemlich zweifellos, dass dies die linke Niere sei, welche an einem improvisirten Mesenterium hinge.

Wahrscheinlich war bei dem Unfall im Wagen die Niere gegen die Wirbelsäule hingedrängt und aus ihrer Kapsel herausgerissen worden. Bei der anfänglich eingehaltenen horizontalen Lage war die Dislocation unbemerkt geblieben, sie zeigte sich unter heftigen Symptomen erst, als Pat. längere Zeit ausser Bett war und dazu noch einen Diätfehler begangen hatte. Die zur Wiederbefestigung der Niere angewendeten Lagerungsmittel wurden schlecht vertragen, da Pat. eine Exacerbation ihrer Tuberculose bekam und zugleich heftige Schmerzen in der Gegend des linken Psoas eintraten.

Die letzteren Symptome steigerten sich zu einer förmlichen Contractur des Muskels, sodass das Bein in die Hüfte gebeugt stand.

2 Monate nach dem Unfall traten angeblich in Folge einer Erkältung wieder heftige krampfartige Schmerzen im Unterleibe auf, gefolgt von Erbrechen und Schweiss; dann erschienen Eiterflocken im Urin. Während die übrigen Symptome nachliessen, blieb Eiter im Urin noch mehrere Wochen hindurch.

Die Genesung schritt langsam vorwärts. Erst im Juli, also ca. 5 Monate nach dem Unfall konnte Pat. wieder das Bett verlassen. Ein stechendes Gefühl in der linken Seite liess hoffen, dass die Niere sich nun fixirt habe. Eine wahrscheinlich durch heftiges Husten erfolgte abermalige Lösung der Niere fesselte die Kranke wiederum 4 Monate ans Lager. Von da ab erholte sie sich zusehends und wurde so stark, dass ein genaues Betasten des Abdomens nun unmöglich ist. Drückt man indess die Finger an die Lendenwirbelsäule, etwas oberhalb der crista ilei fest ein, so kann man eine Geschwulst fühlen, deren Grenzen freilich sehr unbestimmt sind. Verf. glaubt, hier liege der Rest der vereiterten Niere. Ein nach Diätfehlern eintretendes Flockigwerden des Harns bezieht Verf. auf einen noch bestehenden Rest von Nierensubstanz, giebt aber zu, dass dies auch von einer consensuellen Affection der anderen Niere herrühren könne, umsomehr als dieselbe während der Krankheit auch einige Mal mit afficirt gewesen sei. Pat. ist übrigens sonst vollkommen gesund und muss sich nur vor Diätfehlern sorgfältig hüten.

Lossen (Heidelberg).

Richards (Balasore). Experiments with strychnine as an antidote to snake-poison.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 30. p. 595.)

Ausser einer vergleichsweisen Freiheit von Convulsionen sah R. keinen Erfolg von Strychnininjectionen. Ausserdem bringt er Versuche über die gänzliche Erfolglosigkeit der Ammoniakinjection. **Ranke** (Halle).

Fayrer. The ammonia-treatment of snake-poisoning.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 30. p. 601.)

In einer kurzen Zuschrift berichtet F. über derzeit zu Calcutta vorgenommene Experimente mit dem Gifte einer australischen Schlange (Hoplocephalus curtus), die bis jetzt die vollständige Nutzlosigkeit der Ammoniakinjection ergaben.

Ranke (Halle).

Bruce. Case of sarcomatous tumours of the brain, secondary to malignant disease of the knee-joint (Charing-Cross hospital).

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 30. p. 585.)

Ein 19jähriger Patient war 1870 wegen eines nach einem Schlag entstandenen Sarcoms an der Innenseite des Knies am Oberschenkel amputirt worden.

Vom Juli 1872 an beginnende Hirnsymptome steigern sich bis zu Convulsionen bei erhaltenem Bewusstsein. Die ganzen Erscheinungen wechselten nach Tagen — und an Stelle der später einseitig auftretenden Convulsionen trat vor dem Tode Paralyse.

Die Section ergab 2 Sarcome der rechten, 1 der linken Hemisphäre, 2 Lungensarcome. **Ranke** (Halle).

C. Handfield Jones. Two cases of hydatid tumour in the abdomen.

(Med. tim. and gaz. 1874. April 18. p. 421.)

1) Im Jahre 1870 waren bei einem 10jährigen Knaben schon zwei Tumoren, rechts vom Processus xiphoid. und im linken Hypochondrium, constatirt worden.

September 1873 wurde Pat. wieder aufgenommen wegen einer Entzündung hauptsächlich des im linken Hypochondrium befindlichen Tumors.

Nach vergeblicher Punction Incision, Entleerung grosser Mengen Eiters und Tochterblasen, Ausspülung, Drainage.

In 9 Wochen ist die ganze Höhle bis auf eine kleine Fistel geschlossen. Der andere Tumor ist für die Untersuchung verschwunden.

2) Ein 14jähriges Mädchen hat seit 2 Jahren den Tumor im rechten Hypochondrium bemerkt. Zuweilen ist Hydatidenschwirren zu constatiren. 19. Decbr. Punction, Einführung des negativen Pols einer Stöhrer'schen Batterie; Heilung in 4 Wochen. **Ranke** (Halle).

Poitavy in Freiburg i/Br. Eine Spermatocele cystica.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

Bei einem 80jährigen Manne fanden sich, deutlich vom Hoden zu trennen, 2 Tumoren, je von der Grösse eines kleinen Apfels, deutlich fluctuirend. Nach der Punction des einen Tumors musste der Troikart zur Entleerung des anderen noch weiter, ohne neue Hautwunde, eingestossen werden. In der trüben milchigen Flüssigkeit fand sich eine Menge unbeweglicher Spermatozoen. Der Pat. ging 15 Tage nach der Operation zu Grunde. Bei der Section zeigten sich miliare Tuberkel der Lungen und Nieren. — Ausserhalb der Tunica vaginalis propria lagen 3 Cysten, mit seröser Flüssigkeit und Gerinnseln angefüllt; sie hingen durch dünne Stiele mit dem Kopfe des Nebenhodens zusammen. Ihre Wandung war glatt, mit einem, aus polygonalen, platten Zellen bestehendem Epithel ausgekleidet. P. nimmt nach diesem Befunde an, dass die Cysten durch Retention aus Samencanälchen entstanden sind. **Maas** (Breslau).

C. Santesson. Osteoplastische Resection des Oberkiefers.

(Nord. Med. Archiv Bd. V, Hft. 4.)

Der Fall betraf einen bei der Operation 11jährigen Knaben, dem zuerst eine partielle, später eine totale Resection des rechten Oberkiefers gemacht wurde wegen eines Sarcoms mit gemischtem erectilen und cavernösen Gewebe. Bei der letzten Operation wurde das Periost des processus palatinus des Oberkiefers erspart und mit der Schleimhaut der Wange an der Incisionswunde zusammengenäht. Nach Verlauf von 10 Jahren kam der ehemalige Pat. zufälligerweise zur Untersuchung. Es zeigte sich keine Spur eines Recidivs. Der harte Gaumen hat sich regenerirt und besteht zweifellos aus Knochen. Die operirte Seite ist kaum weniger hervorstehend, als die andere. **Rossander** (Stockholm).

Dr. J. Assmuth. Mittheilungen aus der Praxis.

(Dorpater med. Zeitschrift Bd. V. Hft. 2. p. 141—147.)

1. Verf. machte bei einem 7jährigen Knaben den Lateralschnitt wegen eines Harnblasensteins, welcher bei der vorhergehenden Untersuchung klein

und in den Blasenhals eingekeilt erschien. Beim Eingehen mit der Zange zeigte es sich jedoch, dass der Stein relativ gross war und dem Zuge der Zange nicht folgte. Verf. verliess nun den Knaben, welcher unterdessen in ein warmes Bad gesetzt war, um einen Lithotriptor zu holen. Bei seiner Rückkehr fand er den Stein in der Badewanne liegend. Derselbe wog 48 grm., hatte im längsten Durchmesser $5^1/_2$ Cm., im kürzesten $3^1/_2$ Cm. und war durch heftiges Drängen, verbunden wohl mit Contractionen der Blase zur Selbstentwicklung veranlasst worden. Nach $2^1/_2$ Wochen verliess Pat. mit noch ungeheilter Wunde das Spital.

2. Berichtet Verf. über eine penetrirende Schusswunde der Leber. Ein 15jähr. Knabe schoss sich aus Unvorsichtigkeit die Spitzkugel eines Revolvers durch den Leib. Die Eingangsöffnung befand sich dicht unter dem Rippenbogen in der rechten Parasternallinie, die Ausgangsöffnung einen Zoll rückwärts von der Axillarlinie in der Mitte zwischen Rippenrand und Crista ilei. Anfangs Fieber; vom 4. Tage an Sinken der Temperatur; am 15. Tage verliess Pat. des Bett. Die Eingangsöffnung war geheilt, die Ausgangsöffnung entleerte noch ziemlich viel Eiter, welcher einige Tage eine gelbe Färbung hatte. Dass die letztere wirklich von Galle herrührte, bewies die Pettenkofer'sche Probe, und scheint Verf. darin einen weiteren Beweis seiner Annahme einer penetrirenden Leberwunde zu sehen. Am 35. Tage wurde Pat. geheilt entlassen und blieb seitdem gesund.

3. Endlich berichtet Verf. über die erfolgreiche Behandlung eines 60jährigen Mannes mit beginnendem grauen Staar mittelst subcutaner Injectionen von Sublimatlösung. In den 2 ersten Wochen wurden täglich Einspritzungen gemacht und zwar in steigender Gabe von $^1/_{60}$ Gran (0,001 grm.) bis $^1/_{20}$ Gran (0,003). Die Besserung soll erheblich gewesen sein und zwar oft unmittelbar nach der Injection am grössten. **A. Bidder** (Mannheim).

Alfred Obalinski in Krakau. Phosphornekrose des ganzen Unterkieferknochens. Subperiostale Enucleation des ganzen Unterkiefers. Heilung.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

Bei einem 24jährigen Arbeiter entwickelte sich nach 6monatlicher Beschäftigung in einer Phosphorfabrik eine Nekrose des Unterkiefers. Nachdem das bestehende Fieber vollständig geschwunden war, machte O. die Enucleation des nekrotischen Kiefers. Trotz der Absicht, die Weichtheile nicht zu verletzen, spaltete O. die Unterlippe in der Mitte und führte von hier aus noch auf der linken Seite einen bogenförmigen Schnitt längs der Unterkieferkante bis zum Ohre (!). Das Periost und seine Ossificationen wurden erhalten. Die Heilung, durch ein Erysipel unterbrochen, erfolgte mit ausgedehnter Knochenneubildung. **Maas** (Breslau).

D. Giuseppe Ruggi. Leichte Methode der Anlegung von Gypsverbänden bei Hüftgelenkserkrankungen.

(Rivista clinica di Bologna anno IV, fasc. 1. p. 6—11.)

R. führt die Vortheile aus, die man durch Contentivverbände bei Hüftgelenksentzündungen erzielt. In allen 3 Stadien könne man Heilung durch sie erreichen. Zur leichtern Anlegung empfiehlt R., das Kind an einem Thoraxgurt mit Achsel- und Perinealriemen vertical zu suspendiren (! Red.), so dass die Beine frei herabhängen.

An dem frei herabhängenden Bein und Becken wird der Verband mit Leichtigkeit angelegt. R. gebraucht hierzu eine Mischung von Gummi und Gyps.

Menzel (Triest).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 18. Juli.** **1874.**

Inhalt:

Neuroma multiplex, Heilung durch Neurektomie.

Von

Professor Kosiński (Warschau).

Anton Bożym, 30 Jahre alt, wurde im März 1872 wegen schmerzhafter Knoten an der rechten unteren Extremität in meine Klinik aufgenommen. Der Kranke behauptete, ungefähr im 16. Lebensjahre das Entstehen dieser Knötchen beobachtet zu haben, die anfangs klein und schmerzlos, später (während er häufig Militärmärsche machte) zu wachsen anfingen und empfindlich wurden.

Die Untersuchung des Kranken erwies an der hinteren und äusseren Fläche des Oberschenkels, bis zum unteren Drittel desselben, und theilweise auch auf der Hinterbacke, zerstreut liegende Knoten von runder und ovaler Form — stecknadelkopfgross bis zum Umfang

einer Haselnuss — über hundert an Zahl. Die Knoten, deren Sitz augenscheinlich das corium war, fühlten sich meistens hart an; die grösseren aber waren elastisch, halbdurchscheinend und von schärferen Umrissen, als die kleineren, welche letzteren inniger mit der Haut verbunden sich darstellten. Die Haut der benannten Gegend war trocken, uneben, bedeckt mit sich abschilfernder Epidermis. Beim Druck auf die Knoten, hauptsächlich auf die grösseren, werden die Schmerzen sehr intensiv und verbreiten sich strahlenförmig; bei vollständiger Ruhe des Kranken sind die Leiden geringer.

Um über die Natur der Neubildungen, welche äussere Zeichen von Bindegewebsgeschwülsten an sich tragen, entscheiden zu können, wurden mit Einwilligung des Kranken zwei von den grösseren und am meisten schmerzhaften Knoten herausgeschnitten und mikroskopisch untersucht. Es erwies sich, dass dieselben aus marklosen Nervenfasern und Bindegewebe, resp. fibrösem Gewebe zusammengesetzt waren. Den Ausgangspunct der Knoten bildeten also die Nervenendigungen in der Haut, und zwar entsprach die Localisation dem n. ischiadicus minor s. gluteus inf. sammt seinen Verzweigungen, und auch ein geringer Theil (nach vorn) dem n. femoro-cutaneus ext.

Die bisher angewandten Mittel (Quecksilber-, Jod-, Schwefelpräparate u. s. f.) blieben vollständig erfolglos. — Die Möglichkeit, die zahlreichen Knoten mit dem Messer zu entfernen, oder durch Cauterisation zu zerstören, lag nicht vor. — Ich beschloss, um die Schmerzhaftigkeit der Knoten zu beseitigen, ein Nervenstück, womöglich nahe dem Centrum gelegen, herauszuschneiden, doch bezweifelte ich, ob ein Schwinden der Knoten selbst dadurch erzielt werden könnte.

Durch einen schrägen Schnitt, ungefähr in der Richtung der plica glutea, gelangte ich zum Nerven. So hoch wie möglich unter den unteren Rand des m. gluteus greifend, wurde ein Nervenstück von 1 Zoll Länge herausgeschnitten. Die schräge Richtung des Schnittes ziehe ich der perpendiculären vor, da erstere mit aller Leichtigkeit den Nerven zu finden gestattet. Die unmittelbare Folge dieser Operation war Empfindungslosigkeit der mit Knoten behafteten Gegend und der Knoten selbst. Einige Knoten jedoch, nämlich diejenigen der vorderen und äusseren Grenze, wie auch der reg. ischiadica zeigten bloss eine verringerte Empfindlichkeit. Während die Wunde durch Eiterung heilte, fingen die Knoten an zu schwinden und zwar so rasch, dass während des vierwöchentlichen Aufenthaltes des Kranken in der Klinik die grösseren um die Hälfte kleiner wurden und die kleineren meistentheils vollständig verschwanden. In solchem Zustande verliess Pat. die Klinik. Vier Monate später wurde mir durch den behandelnden Arzt die Nachricht, dass das Schwinden der Knoten fortschreite und dass die übriggebliebenen ihm gar keine Leiden mehr verursachten.

Der vorliegende Fall ist in mancher Hinsicht von Interesse: 1) konnte hier die Diagnose nur durch die mikroskopische Unter-

suchung festgestellt werden, 2) ist eine Neurektomie bei dieser Art von Neuromen in der chirurgischen Literatur meines Wissens noch nicht bekannt, 3) übertraf der Erfolg der Operation alle Erwartungen. Das rasche Schwinden der Neubildung mag auch in physiologischer Hinsicht bemerkenswerth sein, indem es hinweist auf den Einfluss der sensiblen Nerven auf die Ernährung der Gewebe.

G. Juillard. De l'ignipuncture.

(Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande. 1874. No. 3 u. 4.)

Vor einiger Zeit wurde von Richet eine wenig bekannte Behandlung der chronischen Knochen- und Gelenksentzündungen unter dem Namen Ignipunctur empfohlen, welche darin besteht, dass ein glühender Stift durch die erkrankten Gewebe an verschiedenen Stellen eingestochen wird. Das von Richet gebrauchte Instrument bestand in einer 4—5 Cm. langen, auf einem kugligen Wärmebehälter befestigten Nadel aus Platin. Verf. liess zum gleichen Zweck eine galvanokaustische, sehr spitze Platinschlinge construiren, welche ungemein leichter und bequemer zu handhaben ist.

Die Operation selbst wird in der Weise ausgeführt, dass man die weissglühende Spitze 4—5 Cm. tief in die Gewebe, bis ins Gelenk, resp. bis in die mit Ostitis behafteten Knochen einsticht und gleich wieder herauszieht. Dieser Stich wird mehrmals, bis 30 Mal, wenn nöthig, wiederholt. Der Schmerz ist erträglich, die Chloroformnarkose meist entbehrlich. Nach der Operation Ruhestellung des Gliedes und Eisumschläge. Ein im Gelenk enthaltener seröser oder eitriger Inhalt fliesst mehr oder weniger kräftig aus den Stichöffnungen; der Ausfluss hört aber in der Regel nach 10—12 Stunden auf; nur in den seltneren Fällen, wo sich die Stiche zu Fisteln umwandeln, fängt er später wieder an. Letzteres tritt hauptsächlich ein, wenn man die Spitze zu lange wirken liess. Meist heilen die Stiche per primam.

Nach der Ignipunctur tritt als constante und auffallende Erscheinung eine sehr merkliche Abnahme der Schmerzen und gewöhnlich auch des Fiebers ein; entzündliche Reaction fehlt vollständig.

Die anatomische Untersuchung längere Zeit nach der Operation der nach dieser Methode behandelten Theile erweist die Bildung leicht conischer narbiger Stränge, welche von der Haut zum Gelenk gehen; man sieht auch, wie von diesen ursprünglichen Strängen Narbenzüge in die Nachbargewebe hineinwachsen und einen Schrumpfungsprocess einleiten. Haben sich die Stiche zu Fisteln umgewandelt (gewiss kein Vortheil der Methode, Ref.), so unterscheiden sie sich in Nichts von gewöhnlichen Fisteln.

Die Erfolge dieser Behandlung sollen sehr ermuthigend sein. Die Heilung tritt bei Gelenksaffectionen mit Anchylose, aber auch mit Beweglichkeit ein. Die Heilung ist hauptsächlich da zu erwar-

ten, wo man mit reinen eitrigen oder fungösen Formen von Arthritiden zu thun hat; man muss aber die Sitzungen oft 4—5 Mal wiederholen. Es tritt gewöhnlich wenigstens erhebliche Besserung ein; nie wurde eine Verschlimmerung beobachtet.

Verf. behandelte mit der Ignipunctur: 1 Mal eitrige Gonitis — Heilung mit Anchylose; 7 Mal fungöse Gonitis — 1 M. Heilung mit voller Beweglichkeit, 4 M. Besserung, 2 M. kein Erfolg; 1 Mal fungöse Ellenbogengelenkentzündung — Besserung; 1 Mal Ostitis epiph. tibiae inferioris — Heilung; 1 Mal chronische eitrige Tendovaginitis des M. extens. dig. ped. comm. — Heilung.

Girard (Strassburg i/E.).

V. **Czerny** (Freiburg i/B.). Ueber Caries der Fusswurzelknochen.

(Sammlung klinische Vorträge No. 76.)

Verf. knüpft einen Vortrag über Pathologie und Therapie der genannten Krankheit an die Demonstration dreier verschiedenartiger Fälle und vertheidigt die Beibehaltung des Namens Caries gegenüber den pathol. anat. Bezeichnungen, da er einem Bedürfnisse der Praxis genüge. Speciell zur Fusswurzelcaries übergehend führt C. ihre häufigste Entstehung auf mechanische Insulte zurück, wofür auch die Beobachtung spreche, dass die Krankheit bei Männern häufiger, als bei Weibern zu sein scheine. Ferner liefere Scrophulose und Tuberculose am häufigsten eine Basis dafür, während Syphilis die Fusswurzelknochen fast stets verschone. Umgekehrt entstehe Tuberculose meist auch im Gefolge der Caries. Ueber das Verhältniss der von Köster entdeckten Tuberkel in fungösen Synovialwucherungen zu allgemeiner Tuberculose giebt Verf. an, noch nicht im Klaren zu sein. — Es folgen statistische Daten über die Häufigkeit der Fusswurzelcaries überhaupt und über deren Auftreten in den verschiedenen Tarsalknochen. Bei Besprechung der Untersuchungsmethoden legt C. besonderes Gewicht auf die indirecten derselben (Druck und Bewegung der peripher vom verdächtigen Puncte gelegenen Knochen). Sondenuntersuchung soll möglichst gemieden, eventuell unmittelbar vor der Operation in der Narkose gemacht werden. Hinsichtlich der Prognose erwähnt C., dass die günstigste bei primär periostitischem Leiden vorliege, dass sie übler sei bei primär synovialem Leiden; am schlimmsten bei centraler Osteomyelitis. Nach eingetretener Granulationswucherung hält er Eiterung für unvermeidlich. Unter den Bemerkungen über Therapie, die sich an das in den Lehrbüchern Erwähnte halten, ist nur hervorzuheben, dass C. vom Evidement der erkrankten Theile nicht viel zu halten scheint und im Allgemeinen die subperiostale Resection der Fusswurzelknochen vorzieht. Auch mit dem mehrfach empfohlenen Zurücklassen osteoporotischer und stark hyperämischer Knochenpartieen empfiehlt er vorsichtig zu sein und es nicht zu thun, wenn Zweifel vorliegen, ob der betreffende Pat. eine zweite

Amputation aushalte. Bei der Nachbehandlung partieller Fussamputationen hat er die besten Resultate im permanenten Wasserbade (bis zum Eintritt der Eiterung) gesehen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Ernst Küster (Berlin). Ueber die Wirkungen der neueren Geschosse auf den thierischen Körper. (Vortrag, gehalten in der Berl. med. Gesellschaft.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 15.)

Verf. knüpft an die von Prof. Busch auf dem zweiten Chirurgencongress und in der Naturforscherversammlung zu Wiesbaden gemachten Mittheilungen an (»Ueber die Schussfracturen, welche das Chassepotgewehr bei Schüssen aus grosser Nähe hervorbringt«). Er constatirt durch eigene Versuche die Beobachtung Busch's (1867 auch schon von Huy und Sarazin mitgetheilt), dass Chassepotkugeln aus grosser Nähe sehr starke Verwüstungen anrichten, indem bei einfacher Eingangsöffnung sich grosse Ausgangsöffnungen mit ausgedehnter Zersplitterung der betroffenen Knochen bilden. K. schoss auf Leichen, auf lebende und todte Pferde und Hammel, und zwar aus Entfernungen von 5, 20, 100 und 800 Schritt. Die wesentlichen Resultate sind, wie folgt:

1) **Es ist kein wesentlicher Unterschied in der Wirkung der Geschosse auf lebende und todte Körper.**

2) Die Grösse der Zerstörung steht im umgekehrten Verhältniss zur Entfernung des Schützen, in geradem zur Grösse der Anfangsgeschwindigkeit der Kugel.

3) Die Verletzung kommt dadurch zu Stande, dass das Blei beim Aufschlagen auf einen festen Körper sich stark erwärmt und dadurch an Cohärenzkraft verliert, ohne aber zu schmelzen. In Folge dessen wird die Kugel mechanisch zertheilt, lässt an allen Kanten und Ecken des Schusscanals feinste Bleipartikel zurück und tritt endlich in mehreren grossen und kleinen Stücken und in Gesellschaft mitgerissener Knochenfragmente aus dem Körper aus.

4) Die beschriebenen Verletzungen kommen nur bei Kugeln aus weichem Blei vor, fehlen dagegen bei Geschossen aus Hartblei.

Von den modernen Gewehrarten schiesst nur das Henry-Martini-Gewehr der Engländer Hartblei. Verf. empfiehlt demnach, dass die Genfer Convention alle Hebel einsetze, um allgemeine Einführung der Hartbleigeschosse zu bewirken und schliesst mit der Bemerkung, dass er mit Genugthuung constatire, den Feind in unserem letzten Kriege von dem anfangs oft verlautenden Verdachte, Sprenggeschosse angewandt zu haben, gereinigt zu sehen.

v. Mosengeil (Bonn).

H. Roth. Bünger's Unterbindung beider Carotides communes bei Angioma arteriale racemosum am Kopfe. Ein Beitrag zur Lehre von den Gefässgeschwülsten mit 4 Tafeln.

Verlag von **Chr. Winter** in Frankfurt a/M.

Die vorliegende, mit vielem Fleisse und Sorgfalt ausgeführte Arbeit liefert in ihrem ersten Theile (p. 1—13) die genaue Krankengeschichte der ersten überhaupt verrichteten doppelseitigen Carotisligatur, durch welche das bestehende grosse Angioma art. racem. geheilt wurde, und beschreibt daran anschliessend die durch Injection festgestellten, jetzt nach 46 Jahren ausgebildeten Collateral-Bahnen.

Darnach geschah der Blutzufluss beiderseits durch Vermittelung der Art. subclavia, indem die Art. cervic. ascend. eine directe Verbindung zwischen Subcl. und Carot. com. bildete, durch Einmündung in die zum Bulbus erweiterte Theilungsstelle der Carot. com. — Die Zweige der Carotiden (von denen im Leben noch unterbunden wurden: Art. tempor. superfic. sinistra und dextra und maxill. int. sinistra) hatten annähernd ihr normales Lumen, dagegen waren die Vertebrales etwas erweitert, und es hatte die linke eine starke Anastomose mit der gleichseitigen Art. occipitalis. An der Gehirnbasis vereinigten sich die Vertebrales zu einer starken Basilaris, von der die erweiterten Art. prof. cerebr. abgehen, die ihrerseits eine starke Art. communic. post. rechts, eine sehr dünne links entsenden; die communic. ant. ist blasenartig erweitert.

An der Kopfhaut ergab die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der früher erkrankten Partie keine Abweichung vom Normalen, aber auch keinen Aufschluss über den Process der zustandegekommenen Rückbildung.

In Bezug auf die Ursache der Erkrankung referirt R. eingehend die bekannten Haupt-Ansichten: Lähmung vasomotorischer Nerven, erst in zweiter Reihe Entzündung der Arterie (Rokitansky), hauptsächlich entzündlicher Vorgang mit Vermehrung und Anbildung von Wandelementen der Gefässe neben congenitaler Anlage (Virchow).

Die Besprechung der therapeutischen Massnahmen und die Kritik derselben ergiebt keine neuen, von den Resultaten Heine's auf diesem Gebiete (Prager Vierteljahrsschr. 1869. Bd. 103, p. 1 u. ff. und Bd. 104, p. 1 u. ff.) abweichenden Gesichtspuncte. Die Beschränkung der Blutzufuhr zur Geschwulst 1) durch Compression der Geschwulst oder der zuführenden Gefässe, 2) durch Ligatur der zuführenden Gefässe oder ihrer Hauptstämme (Carotis externa, selbst Carotis communis), einseitig, ja beiderseitig, haben keine besonderen Heilresultate aufzuweisen. Bei der Carotisligatur, die 32 Mal einseitig und 8 Mal doppelseitig verrichtet wurde, verweilt Verf. längere Zeit und bespricht, auf die Arbeit des Ref. fussend, die Folgen derselben. —

Auch die Erzeugung von Blutgerinnung im Rankenangiom durch 1) Umstechung der erweiterten Arterien mit nachfolgender umschlun-

gener Naht, 2) Injection coagulirender Flüssigkeiten, 3) Electropunction, 4) Haarseil durch die Geschwulst, 5) Incision der Geschwulst mit Einleitung von Eiterung, hauptsächlich bei kleineren Angiomen in Anwendung gezogen, hat hier nur selten befriedigende Resultate ergeben; dagegen hat die Excision der Geschwulst theils successiv, theils mit vorhergehender Unterbindung der zuführenden Gefässe schon eine Reihe von wirklichen Heilungen bewirkt. Diese nur scheinbar eingreifendste Methode ist die in Wirklichkeit rationellste und rathsamste, da die anderen zur Zerstörung der Geschwulst angewandten Verfahren, die Abschnürung und Aetzung, unsicherer und ihrer drohenden Gefahren wegen (Blutung und Septikaemie) wenig empfehlenswerth erscheinen.

Beigegeben sind dem Werkchen 4 Tafeln, von denen auf den drei ersten die Gefässbahnen des Carotisgebietes in natürlicher Grösse recht deutlich wiedergegeben sind. Die vierte zeigt ein Bild des Kopfes mit dem Rankenangiome vor der Operation und dieselbe Kopfansicht nach der Heilung, nach einem hierfür angefertigten Gyps-Hautrelief. — **Pils** (Stettin).

A. Jakowicki. Experimenteller Beitrag zur physiologischen Wirkung von Bluttransfusionen. — Auszug aus einer im Laboratorium von Prof. A. Schmidt in Dorpat ausgeführten Untersuchungsreihe.

(Denkblätter der Warschauer medic. Gesellschaft 1874. Heft 1. polnisch.)

Verf. hatte sich folgende Fragen gestellt:

1) Welche Rolle spielt eingespritztes Blut derselben Species im Organismus, im Vergleich zu Einspritzungen fremdartigen Blutes?

2) Was wird aus eingespritztem Blut, dessen Körperchen vorher zerstört worden sind, und wie wirken Einspritzungen von Hämoglobinlösungen?

3) Welches ist das Verhalten des Fibrin erzeugenden Ferments bei Transfusionen?

Die Versuche wurden an Hunden und Katzen ausgeführt, und zwar

ad 1) wurden grössere Blutquantitäten den Thieren abgelassen und durch defibrinirtes Blut in gleicher Menge desselben Thieres, oder eines Thieres derselben Art ersetzt. Da der im Körper zurückgebliebene Rest des normalen Blutes zu gering sich ergab, um die Lebensfunctionen des Thieres zu erhalten, so nimmt Verf. an, dass das eingespritzte defibrinirte Blut zum Theil diese Rolle übernommen habe. Blutaustretungen in die Gewebe, wie sie Magendie bei Einspritzungen defibrinirten Blutes beobachtet hat, sind J. nicht vorgekommen.

Im Gegensatz zu den Resultaten von Gesellius (die Transfusion des Blutes, St. Petersburg 1873) fand Verf., dass fremdartiges Blut, gleichgültig ob durch directe Transfusion als ganzes Blut oder im defibrinirten Zustande in den Organismus gebracht, sehr bald eine

Decomposition des Blutes im Versuchsthiere bedingt. Bald wurde der Urin blutig gefärbt, ebenso das Erbrochene und die Faeces. Erstere Färbung hängt nicht von Blutkörperchen, deren Zahl sehr gering, sondern vom Blutfarbstoff ab, der sich im Urin gelöst zeigt. Bei Einspritzung geringer Mengen fremdartigen Blutes hellt sich der Harn allmälig auf, verliert seinen Eiweissgehalt und kehrt zur Norm zurück. Bei grösseren Mengen des transfundirten Blutes gingen die Thiere bald zu Grunde. Hierbei zeigten sich die Nieren hyperämisch, die Lungen blutig infiltrit, oft mit Infarcten; starke Injection der Gefässe und Blutextravasate in der Darmschleimhaut und manchmal ein blutiger Erguss in der Peritonealhöhle. Es wurde bei Hunden das Blut von Katzen, Kälbern und Pferden eingespritzt. Am wenigsten deletär scheint Kalbsblut auf Hunde zu wirken. — Durch Einspritzungen von Serum constatirte Verf., dass das im Harn nach Transfusion auftretende Eiweiss aus dem Serum des eingespritzten fremdartigen Blutes stammen muss.

ad 2) Das Auflösen der Blutkörperchen des einzuspritzenden (gleichartigen) Blutes geschah a) durch mehrfaches Gefrierenlassen des Blutes, b) durch Schütteln desselben mit geringen Mengen von Aether, c) durch Schütteln mit Wasser (vorher waren die Blutkörperchen möglichst von ihrem Serum befreit worden). Ausserdem benutzte Verf. Lösungen von Haemoglobinkrystallen. Er kam annähernd zu denselben Resultaten wie Naunyn und Francken, d. h. er beobachtete auch Gerinnungen nach Transfusion aufgelösten Blutes. Doch erhielt er auch häufig keine Gerinnselbildungen, sondern nur diejenigen krankhaften Symptome, allerdings gemildert, wie er sie bei Einspritzung fremdartigen Blutes erhalten hatte. Er schliesst daraus, dass bei Transfusionen fremdartigen Blutes dessen Serum als solches die deletäre Wirkung des aufgelösten Blutfarbstoffes steigere.

ad 3) Nach A. Schmidt entsteht das fibrinerzeugende Ferment sofort nach der Entleerung des Blutes aus den Gefässen. Die Menge des Ferments nimmt zu bis zur völligen Gerinnung des Blutes. Verf. benutzte zu Einspritzungen eine Lösung des Fermentes, das nach Schmidt's Methode hergestellt und auf seine Wirkungsfähigkeit gegenüber Plasma von Hundeblut und Pferdeblut geprüft war. — Es ergab sich:

a) dass sogar beträchtliche Quantitäten der Fermentlösung, die man dem Thier einspritzt, nicht im Stande sind, das Blut in den Gefässen des lebenden Thieres zur Gerinnung zu bringen.

b) Je länger das eingespritzte Ferment im Blute verweilt, desto geringer wird seine Menge. Nach 24 Stunden, kann man annehmen, ist die ganze Menge des eingespritzten Fermentes aus dem Blute verschwunden.

Dennoch enthält das Blut immer noch etwas Ferment, selbst längere Zeit nach der Transfusion. Doch ist das Ferment im Blute auch ohne Einspritzungen in geringen Mengen nachweisbar.

c) Der Athmungsprocess scheint keinen Einfluss zu haben auf die Elimination des Fermentes aus dem Blute.

d) Im Harn konnte kein Fibrin erzeugendes Ferment nachgewiesen werden, dagegen ein Diastase ähnliches Ferment (Nefrozymase von Béchamp). Letzteres fand sich aber auch neben dem ersteren in dem mit Alkohol behandelten Blutserum. Verf. spricht daher die Vermuthung aus, dass vielleicht das Fibrin erzeugende Ferment die Urform sei aller Fermente des thierischen Organismus, dass es mit dem Blute in die Drüsen gelangend, dort zu den specifischen Fermenten sich umwandelt. Nach Vollendung ihrer Functionen kehren dann letztere als Nefrozymase ins Blut zurück, und werden endlich durch die Nieren ausgeschieden. **Lesser** (Berlin).

Wilh. Braune und **Armin Trübiger.** Die Venen der menschlichen Hand.

1873. Leipzig, **Veit & Comp.**

Das vorliegende, treffliche Werk ist eine werthvolle Bereicherung unserer topographisch-anatomischen Literatur und auch für den chirurgischen Praktiker durchaus von Interesse. Das Werk schliesst sich an die bereits früher erschienene Arbeit von Braune (die Oberschenkelvene des Menschen, Leipzig, Veit & Comp.) an. Die beigegebenen Tafeln sind im photographischen Lichtdrucke mit besonderer Sorgfalt hergestellt. — Aus den »Venen der menschlichen Hand« lernen wir, dass an der Volarseite der Finger die Venen viel spärlicher entwickelt sind, als an der Dorsalseite. Eine regelmässig ausgebildete, die ganze Länge des Fingers neben der Arterie hinlaufende Radial- und Ulnarvene zeigte sich an den Rändern der Finger-Rückseite nicht. Volar und dorsal ergiessen sich die Venen der Finger in Venenbogen, welche auf der Grundphalanx liegen. Aus den Venenbogen gehen die oberflächlichen Venenstämme des Handrückens hervor. Praktisch interessant ist die Thatsache, dass die Venen zwischen den Knöcheln (venae intercapitulares), welche als die Hauptfortsetzung der volaren Sammelvenen erscheinen, von grosser Bedeutung für die Circulation insofern sind, als sie Saugapparate darstellen, welche beim Spreizen der Finger in Wirksamkeit treten. Der venenärmste Theil der menschlichen Hand ist die palma manus über der fascia palmaris. Die tieferen Venen entsprechen den beiden arteriellen Bogen. Der tiefe Venenbogen stellt ein bedeutendes Sammelbecken des Venenblutes dar, welches schwache Abzugswege direct nach dem Handrücken, starke Hauptcanäle dagegen nach den Radial- und Ulnarrändern der Hand besitzt. Die Hauptabzugscanäle für das venöse Blut der Finger sind die Venen des Handrückens.

Auf den Füllungsgrad der Venen hat die Anspannung der fascia palmaris durch den musc. palmaris long. eine besondere Wirkung, sie wirkt nicht saugend, sondern drückend. **Tillmanns** (Leipzig).

James Cleghorn M. D. Rupture of the heart from concussion.

(The Indian Med. Gazette 1874. No. 3. p. 63.)

Ein 28jähriger, gesunder Mann wurde von einem harten Gegenstand auf die Brust getroffen; 2 Stunden darnach trat Tod ein. Aeusserlich waren keine Erscheinungen einer gewaltsamen Einwirkung wahrnehmbar. Bei der Section fand sich ein Blut-Extravasat in dem Bindegewebe über der 5. linken Rippe und den beiden benachbarten Intercostalräumen nach aussen vom Knorpel. Rippe und Pleura intact. Der Herzbeutel mit dunkelrothem, coagulirtem Blute angefüllt, das der ganzen Herzoberfläche dicht anlag. Nach Entfernung des Coagulums zeigte sich an der Herzspitze eine entfärbte Stelle von der ungefähren Grösse eines $1/2$ Silbergroschens, deren Oberfläche durch eine Rinne in 2 Hälften getheilt war und in dieser Rinne befand sich ein kleines Grübchen, durch das man eine Sonde in den linken Ventrikel einführen konnte. Die Herzmuskulatur derb und von gesundem Aussehen. Verf. glaubt, die einzig befriedigende Erklärung für die Ruptur des Herzens in diesem Falle sei die, dass im Momente der Einwirkung der Gewalt das Herz sich im Zustande der Contraction und in Contakt mit der Thoraxwand befunden habe.

A. Burger (London).

Zweifel (Strassburg). Einfluss der Chloroformnarkose Kreissender auf den Fötus.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 21.)

Verf. hat durch Untersuchung der Placenta, sowie mittelst der Zuckerprobe des Urins, den er dem neugebornen Kinde entnahm, nachgewiesen, dass das von der Mutter inhalirte Chloroform in den fötalen Kreislauf übergeht und das Kind in utero schon chloroformirt werde.

v. Mosengeil (Bonn).

Orth. Ueber die Form der pathogenen Bacterien.

(Virch. Archiv. 1874. Bd. LIX. Hft. 3. 4. p. 532.)

O. hält gegenüber den Behauptungen Max Wolff's (Virch. Archiv, Bd. 59. Heft 1.) daran fest, dass bei Puerperalfieber und Pyämie innerhalb des Körpers stets nur Kugelbacterien, keine Cylinderformen vorkommen. Er macht ferner auf die Möglichkeit aufmerksam, das Auftreten von Micrococcen in dem Lumen der Nierenkanälchen, besonders der Papillen, bei Nephritis bacteritica makroskopisch zu diagnosticiren. Man sieht in den Markkegeln mehr oder weniger weit nach der Peripherie reichende, grauliche oder graugelbliche, feinste Streifen, ähnlich wie bei Kalkinfarcten, die meist nach der Papillenspitze zu so dicht stehen, dass hier eine mehr diffuse, schmutzig gelbliche, oder auch hellbräunliche Färbung resultirt, in der sich nur einzelne dickere Streifen besonders hervorheben. Zu-

weilen erscheint diese Veränderung weniger in Form von Streifen, sondern in rundlichen Heerden, die dann mitten in der Marksubstanz liegen und leicht mit kleinen Abscessen verwechselt werden können.

Wenn auch die Stäbchenbacterien, wie aus gelungenen Impfversuchen auf die Cornea hervorgeht, für den Organismus nicht ganz unschädlich sind, so glaubt Verf. doch in den Kugelformen die eigentlich deletär wirkenden Pilze suchen zu dürfen. Ihre schädliche Wirkung mögen sie vielleicht nicht, oder doch nicht allein als Individuen ausüben, sondern auch mittelbar durch eine von ihnen erzeugte giftige Substanz, welche selbst nach Verschwinden der Bacterien noch eine Zeit lang sich erhalten kann. **Madelung** (Bonn).

Klineberger. Experimentelle und anatomische Studien über Nephrektomie.

(Inauguraldiss. St. Petersburg 1874.)

Mit dem Namen Nephrotomie sind bisher einestheils Operationen bezeichnet worden, bei denen die Niere einfach angeschnitten, und anderntheils solche, wo sie ganz und gar entfernt wurde. Zur Unterscheidung dieser beiden, in ihrer Dignität durchaus verschiedenen Eingriffe, schlägt Verf. für die letztere Methode den Namen Nephrektomie vor. Die Zahl der am Menschen ausgeführten Nephrotomieen und Nephrektomieen ist nur eine höchst geringe: für letztere sind nur die beiden Fälle von G. Simon und der übrigens auch nicht vollständig zu Ende operirte Fall von v. Bruns bekannt, während die Fälle von Marchetti, Gilmore, Miquel, Dawson, Brandt, Durham und Gunn theils einfache Nephrotomieen, theils beabsichtigte und nicht zur vollständigen Ausführung gebrachte Nephrektomieen, theils überhaupt Operationen von höchst zweifelhaftem Charakter (wie die Brandt's) darstellen. Von den an Thieren vorgenommenen Nephrektomieen wurden die meisten behufs physiologischer Studien und nur wenige zur Feststellung der Operationsmethode und zur Beobachtung des Wundheilungsprocesses vorgenommen.

Die anatomischen Untersuchungen führten zu dem Ergebniss, dass eine Modification der bisher gebräuchlichen Methode wesentliche Vortheile mit sich bringen könnte. Der Lumbalschnitt Simon's, der senkrecht am äusseren Rande des M. sacrolumbalis verläuft und den unteren Rand der 12. Rippe in rechtem Winkel kreuzt, erschwert in hohem Maasse die folgenden Momente der Operation. Die Rippe selbst setzt dem Eindringen des Fingers ein bedeutendes Hinderniss in den Weg, so dass es indicirt sein kann, die Rippe zu reseciren (v. Bruns). Ferner darf die bei dem Lumbalschnitt nothwendige Durchschneidung zweier starker Nervenstämme (des N. intercostalis ultimus und lumbalis primus) wegen der dieselbe begleitenden Paralyse der betreffenden Bauchwandpartieen, nicht unterschätzt werden. Auch fallen bei dem genannten Schnitte die Wundränder von ungleicher Dicke

und Beschaffenheit aus. — K. nimmt nach Lesshaft's Vorgange (Archiv für Anat. 1870, Hft. 2. p. 277) in der Lendengegend ausser dem bekannten Trigonum Petiti noch ein Trigonum lumbale superius an, das aussen und unten von den M. obliquus abdominis ext., innen und oben von dem Serratus post. inf. begrenzt wird und dessen Wandung nur aus einer dünnen Schicht des Latissimus dorsi und den verschmolzenen Ursprungsaponeurosen des M. obliquus int. und transversus abdominis besteht. Bei seinen Experimenten an Hunden führte Verf. in diesem Dreieck einen 4—6''' unterhalb und hinter dem freien Ende der 12. Rippe beginnenden bogenförmig mit der Convexität nach oben und innen gerichteten, längs dem äusseren Rande des Sacrolumbalis verlaufenden Schnitt, der in der Mitte des Abstandes zwischen letzter Rippe und dem Darmbeinkamme endigte. Dieser Bogenschnitt verläuft parallel mit dem Arcus tendineus costo-transversarius (Lig. lumbo-cost. Henle), fällt in die dünnste Stelle der seitlichen Bauchwand und schafft sowohl beim Menschen wie beim Hunde einen ungleich freieren Zugang zur Niere, als der Simon'sche Lumbalschnitt. Die Ungleichheit der Wundränder fällt weg, von Nerven braucht der intercostalis ultim. gar nicht, oder nur ein unbedeutender Zweig desselben durchtrennt zu werden, der N. lumbalis I. fällt nicht immer in das untere Ende des Schnittes. Dieser Schnitt bietet ganz besondere Vortheile bei Operationen an Hunden, bei denen eine extraperitoneale Auslösung der Niere zu den Unmöglichkeiten gehört und der Verschluss der Wunde immer durch Einheilen des Netzes zu Stande kommt. In Bezug auf die Auslösung der Niere hebt Verf. hervor, dass durch den Bogenschnitt nicht allein die Isolirung des Organs von den dasselbe umgebenden Gebilden, sondern namentlich das Unterbinden der Nierengefässe in situ wesentlich erleichtert werde. Die Application eines besonderen Ligaturfadens um den Ureter erwies sich als überflüssig. Verf. brachte einige Male den Vorschlag Hyrtl's in Anwendung, die aus ihrer Verbindung gelöste Niere nach vorhergegangener Torsion um ihre Axe ohne Unterbindung der Gefässe ausserhalb des Bauchschnittes zu belassen, verlor aber sämmtliche Thiere an Pyaemie. Bei Einhaltung der gewöhnlichen Reinlichkeitscautelen wurde die plötzliche Entfernung einer gesunden Niere vollkommen gut ertragen.

Verf. hat seine bezüglichen Studien im Laboratorium und unter Leitung des Ref. an der St. Petersburger medic.-chirurg. Akademie angestellt.

Heppner (St. Petersburg).

Kleinere Mittheilungen.

Merkwürdiger Fall von Gehirnverletzung.

(El Anfiteatro anatomico Español und Anales de la Sociedad anatomica española 1874. No. 6. p. 7.)

Bei einem 28jährigen Mann, dessen rechte Hirnhemisphäre zerstört war, zeigte sich der vernarbte Defect im Schädel 5 Cm. tief und 9 Cm. lang. Hirnpulsation

fehlte, dagegen wurde, wenn sich der Pat. bückte, die Narbe stark hervorgetrieben und es war dann eine Art von Fluctuation wahrnehmbar. Es bestand weder Aphasie noch Verlust der Intelligenz oder des Gedächtnisses. Es war nur linkseitige Hemiplegie vorhanden und besonders am Arm ausgesprochen. Seine Functionen wurden jedoch wesentlich durch Anwendung der Electricität gebessert.

Ullersperger (München).

Cort y Marti. Barometro-metro, Messinstrument für Wirbelsäulenverkrümmungen. Mit Tafel.

(El Anfiteatro anatomico Español 1874. No. 24.)

Verf., ein spanischer Orthopaedist, hat zum genauen Messen obiger Difformitäten einen sehr einfachen Apparat angegeben. Zwei unter einem Winkel gelenkartig verbundene, kurze Stangen ruhen mit den freien, krückenförmig auslaufenden Enden auf beiden Schultern, während der Winkel über dem Kopfe sich befindet. In der Mitte der Stangen sind zwei horizontal gerichtete, kurze und mit nach oben gerichteten Zähnen versehene Querbarren befestigt. In die Lücken zwischen den Zähnen wird ein langer Balken horizontal in der Frontalebene des Körpers gelagert. Auf dem Balken sind zu beiden Seiten des Körpers je 3 an Fäden aufgehängte Gewichte verschiebbar, deren Distanz durch einen auf dem Balken aufgetragenen Maassstab bestimmt wird. — Von der Spitze des über den Kopf in die Höhe gerichteten Winkels fällt das siebente Senkloth herab und dient, da es in der Medianlinie des Körpers gelegen, als Ausgangsstelle für vorzunehmende Messungen.

Ullersperger (München).

Jaumes. Observations de gangrène du prépuce et de la verge.

(Montpellier médical 1874. No. 4.)

Dass Gangrän des Penis in Folge von übermässigem Onaniren eintreten könne, wurde bisher sehr angezweifelt. Verf. theilt eine Beobachtung mit, wo bei einem jungen Soldaten nach dem genannten ätiologischen Momente das ganze Präputium und ein grosser Theil der Penishaut brandig wurden.

Girard (Strassburg i/E.).

Rosenstein (Leiden). Ueber Ammoniaemie.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 20.)

Nach R. beruht bei Erkrankungen der Harnorgane, die febris urinosa der Alten, nicht auf der Gegenwart von kohlensaurem Ammoniak, sondern im Eindringen von Bacterien in die Harnblase (Catheterismus). **Tillmanns** (Leipzig).

S. Th. Stein. Das Photo-Endoskop.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 3. p. 31—33.)

Als Lichtquelle benutzt S. im Allgemeinen Gas, bei Besichtigung der Harnröhre, Blase und Uterinschleimhaut Magnesiumlicht. Hiermit soll solch vorzüglicher Lichteffect erzielt werden, dass Photographieen leicht von den verschiedensten Stellen der Harnröhre aufgenommen werden können. Zur Besichtigung von Blase, Mastdarm und Uterus wird der St.'sche Apparat auf die Désormaux'schen Untersuchungsröhren gesetzt, für Exploration der Urethra bedient sich S. einer nach Art des Fergusson'schen Speculums seitlich geschlitzten, oben geknöpften, beim Einführen mittelst eines Glasstabes geschlossenen »Untersuchungshohlsonde«.

v. Mosengeil (Bonn).

Hermann Beigel. Ueber die ersten Transfusionen vom Thiere zum Menschen, ausgeführt 1667.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 16.)

Dr. Aveling hat aus dem Register der Royal Society bisher ungedruckte Aufzeichnungen veröffentlicht, wonach Christoph Wren 1657 zuerst vorschlug,

Medicamente in die Venen zu spritzen. Bogle und Wilkins thaten es und kamen mit Oldenburg auf die Idee der Transfusion von Hunden zu Hunden. King und Eut wollten dieselbe bei Menschen (Irren) machen und Lower führte 1667 eine Lammbluttransfusion bei Arthur Coga aus, nachdem ein depletorischer Aderlass vorausgegangen. Dr. Croon beabsichtigte sogar eine Verbindung von Arterie und Arterie, sowie von Vene und Vene zweier Individuen auszuführen, also gemeinschaftliche Circulation beider zu bewirken. Er wollte dann sehen, ob es zur Ernährung beider genüge, wenn eines gefüttert werde. Nach diesen vielfach nur Bekanntes wiedergebenden Mittheilungen spricht Verf. die gehoffte Möglichkeit aus, dass vielleicht bald (durch Lammblut) Tuberculose, Krebs, Syphilis zu heilen sein werden (?). **v. Mosengeil** (Bonn).

Hulke. Grosser Speichelstein mit Holzfragment als Kern.

(Transactions of the pathol. Soc. of London 1873. Vol. 24. p. 88.)

Unter dem Winkel des rechten Unterkiefers einer jungen Frau zeigte sich eine wallnussgrosse Schwellung, die sich mit dem Zungenbein hob, nicht wie eine Ranula in die Mundhöhle prominirte, mit der Mundschleimhaut verwachsen war und sich fest wie ein Enchondrom anfühlte.

Angeblich seit 6 Jahren bemerkt, soll die Geschwulst stetig gewachsen, zeitweise so geschwollen gewesen sein, dass die Schlingbewegung behindert wurde und Erstickungsanfälle auftraten. In solcher Zeit habe eine Entleerung in die Mundhöhle und die Verkleinerung bis zur früheren Grösse stattgefunden.

Bei der Exstirpation von aussen erwiess sich als äusserster Theil der Geschwulst die hintere Partie der geschwollenen und verhärteten Unterkieferdrüse; der Rest des Tumors bestand aus einem 76 Gran schweren Speichelsteine, dessen Substanz concentrische Ringe um einen centralen Kern von schwarzem Holz darstellte und aus kohlensaurem Kalk bestand. Die eine Oberfläche war glatt, leicht ausgehöhlt, die andere convex, mit Knötchen besetzt. In seinen früher beobachteten 4—5 Fällen fand H. den Speichelstein stets nahe der Ausführungsöffnung des Wharton'schen Ganges. **Pilz** (Stettin).

Norton. Entfernung eines freien Gelenkkörpers.

(Transactions of the pathol. Soc. of London 1873. Vol. 24. p. 171.)

Subcutan wurde zweizeitig die Gelenkmaus aus dem Knie eines Mannes entfernt, der vor 5—6 Jahren ein Trauma erlitten hatte. 10 Tage nach der Operation wurde Pat. geheilt entlassen. Der Körper glatt, oval $1^2/_5''$ lang, $1''$ breit und $^1/_2''$ dick, von knorpliger Consistenz, leicht schneidbar, zeigte weissen Knorpel mit schmalem, centralem Spalt und einer unregelmässigen Ader von brüchiger Knochensubstanz. Mikroskopisch bestand die Hauptmasse aus hyalinem Knorpel umhüllt an der Oberfläche von Lagen dichter, faseriger Substanz. Die anscheinend Knochen haltende Ader zeigt neben rudimentären Lacunen, kurzen Knochencanälchen, Fehlen der concentrischen Anordnung um die haversischen Canäle, auch Ablagerung von Kalk im Knorpelgewebe.

Dieser Gelenkkörper unterschied sich bedeutend von dem durch J. Croft aus einem Knie entfernten, welcher nur mit der Säge zu zertrennen war, kaum eine Spur von Knorpel zeigte, dagegen ein unregelmässig angeordnetes Knochengewebe; die Oberfläche wurde ebenfalls von einer fribösen Faserlage eingenommen.

Ein anderer durch J. Walters (p. 188) vorgelegter Gelenkkörper bestand theils aus Knorpelgewebe, theils aus wahrer Knochensubstanz.

Pilz (Stettin).

Paul Michelson. Uebertragung des Herpes von einem an Herpes und Scabies leidenden Thiere auf den Menschen.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. N. 11 und 12.)

Verf. theilt mit, wie eine ganze Familie, allmälig an Herpes tonsurans erkrankte, und in einer moribunden Hauskatze, welche von menschlichen Krätzmilben ähnlichen Sarcopten und Trichophyton tonsurans starrte, der Infectionsheerd gefunden wurde. Es folgt noch ein Bericht über Infectionsversuche an drei jungen Medicinern. Zum Theil sind positive Resultate erzielt.

v. Mosengeil (Bonn).

M. Bartels. Milzbrand beim Menschen.

(Arch. für klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. p. 514—517.)

Bei einem 14jährigem, sich mit dem Zupfen von Rosshaaren beschäftigendem Mädchen, bildete sich auf der rechten Schulter unter schweren Fiebererscheinungen und unter Anschwellung der rechten Gesichtshälfte, des Oberarms, der Brust und Rückengegend innerhalb 4 Tagen ein Milzbrandcarbunkel, welcher durch 6 tiefe, dem Faserverlauf des Deltoideus entsprechende Incisionen und energische Aetzungen mit Acid. nitric. fumans zur Heilung gebracht wurde. Sehr beweisend für die Infection durch den von den Thierhaaren gelieferten Staub ist der Umstand, dass mehrere Kinder, welche mit dem Reinigen eben solcher Haare zu thun gehabt hatten, mehr oder minder stark von derselben Krankheit ergriffen wurden, trotzdem sie in verschiedenen Strassen wohnten. **Wilh. Koch** (Berlin).

Friedrich Sander (Barmen). Zur Lammbluttransfusion.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 15 u. 16.)

S. spricht sich dahin aus, dass Lammbluttransfusionen doch nicht ganz unbedenklich erscheinen, und zwar besonders wegen der Höhe des Fiebers (bis 42,8° bei einem tödtlich verlaufenden Falle Hasse's beobachtet) und ferner wegen Nierenaffectionen. Die Lammblutkörperchen, welche nur halb so gross, als die menschlichen sind, fand S. noch nach zwei Tagen bei einem Aderlass (?). Den nach Transfusion auftretenden Icterus erklärt er für hämatogen; im Urin fand er ausser Blutfarbstoff und Albumen auch Blutkörperchen.

v. Mosengeil (Bonn).

A. Wernich. Ueber Prüfung und Herstellung brauchbarer Ergotinpräparate. Vortrag, gehalten in der med. Gesellschaft von Berlin am 7. Januar 1874.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 13.)

Als Reagens bedient sich W. der Arterien durchsichtiger Froschtheile (der Frosch curarisirt). Als wirksamen Bestandtheil des Secale corn. nimmt er eine Säure an, welche als solche in Alkohol löslich, in ihren Verbindungen mit Basen darin unlöslich ist. Zur Darstellung dieses Bestandtheiles wird Pulv. Sec. corn. mit Aether von Fetten, mit Alkohol von anderen darin löslichen Substanzen befreit, mit Wasser der Rest gelöst und einem Diffusionsvorgang unterworfen. Die diffundirte Masse mit Schwefelsäure angesäuert und nun mit Alkohol behandelt, abgedampft, mit kohlensaurem Natron neutralisirt. Der alkoholische Auszug mit starkem Alkohol versetzt, giebt einen wirksamen Niederschlag, der in 10% wässriger Lösung zweckmässig zu subcutanen Injectionen zu verwenden ist. Das Präparat ist aus Alve's Apotheke in Berlin (Königin Augustastr. 21) zu beziehen. (cf. Centralbl. f. Chir. No. 10. p. 154.) **v. Mosengeil** (Bonn).

Moritz Meyer. Ein neues Verfahren behufs Verkleinerung von Drüsengeschwülsten durch den electr. Strom. (Vortrag, gehalten in der Berl. medic. Gesellschaft.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 10.)

Bei einem 60jährigen Herrn, welcher, der Beschreibung nach, an multiplen Lymphdrüsensarcomen litt, wurden durch Anwendung des Inductionsstromes während einiger Minuten, wobei Unterbrechungen desselben mehrfach stattfanden, die Drüsenpakete in kleinere gespalten und ihrem Volum nach verringert. Nach 59 Sitzungen konnte Pat. die Kur beschliessen. — Bei einem jungen Mädchen, das an hochgradig entwickelten scrophulösen Halsdrüsen litt, wurde gleichfalls durch häufige Unterbrechung sehr starker Inductionsströme die Spaltung der Tumoren, Erweichung und Verkleinerung erzielt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Wyscheleski. Behandlung der Pustula maligna.

(Moskauer med. Zeitung 1874. No. 3. russisch.)

Verf. hat während seines 6jährigen Aufenthaltes im Jekaterinoslaw'schen Gouvernement 3 exquisite Fälle von Pustula maligna beobachtet, die sich auf den Wangen von Soldaten entwickelt hatten. Die ersten 2 Fälle wurden nach der üblichen Methode mit Ferrum candens behandelt, der dritte Fall, dessen Krankheitsgeschichte in extenso mitgetheilt wird, wurde örtlich mit Carbolsäure und innerlich mit Chinin behandelt. Verf. glaubt, dass beide Mittel dazu beigetragen haben, die von ihm im Blute und in dem Brandschorfe gefundenen stäbchenförmigen Parasiten (Bacterien und Bacteridien) zu tödten; das Chinin soll ausserdem die Constitution der weissen Blutkörperchen verbessern (?). Sämmtliche 3 Fälle gingen in Genesung über. **Heppner** (St. Petersburg).

F. Steudener. Beiträge zur Onkologie.

(Virch. Archiv 1874. Bd. LIX. Hft. 3. 4. p. 413.)

Verf. beschreibt ein cavernöses Lymphangiom der Conjunctiva bei einem 1 Jahr alten Kinde. Die Geschwulst hatte einige Aehnlichkeit mit cavernösen Blutgeschwülsten. Die blassrothe Farbe, die Endothelauskleidung der spaltenförmigen, unter einander communicirenden Hohlräume, der geronnener Lymphe gleichende Inhalt unterschieden sie, und liessen sie als aus den Lymphgefässen der Conjunctiva durch cavernöse Metamorphose mit gleichzeitiger Neubildung von Bindegewebe hervorgegangen annehmen. Alveoläre Sarcome fand Verf. 1) in der Haut des Oberschenkels mit Metastasen in der Pleura, 2) am Humerus mit Metastasen in den Knochen, Retroperitonealdrüsen, Mesenterium, 3) in der Retina. Ein anderes 1 Jahr altes Individuum zeigte ein hämorrhagisches Rundzellensarcom, welches die Thymusdrüse fast vollständig zerstört hatte. **Madelung** (Bonn).

William Rose. Case of retention of urine successfully treated by puncture above the pubes.

(The Lancet 1874. No. 7. p. 230.)

In diesem Falle wurde bei dem 60jährigen Manne die Kanüle des gekrümmten Troikarts schon am 10. Tage entfernt, wo der Urin frei durch die Urethra abging. Nach 14 Tagen war die Blasenwunde verheilt. Die Punction war wegen Prostatahypertrophie mit Urinretention ausgeführt worden. Einen Monat nach der Operation passirte man frei mit Catheter No. 9 durch die Urethra.

Leisrink (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 25. Juli.** **1874.**

Dr. Arnold Hiller, Assistenzarzt in Minden. Ueber die Veränderungen der rothen Blutkörperchen durch Sepsis und septische Infection, nebst Bemerkungen über Microcyten.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 21—24.)

Verf. bekämpft und kritisirt die Annahme Hüter's, dass bei der Septhämie die Stechapfelform der rothen Blutkörperchen charakteristisch sei und dass dieselbe durch Einwanderung von Monaden in die Substanz der Zellen entstehe. Um die Unhaltbarkeit dieser Lehre darzuthun, zieht er viele fremde und eigene Beobachtungen an; diese Gestaltveränderung der rothen Blutkörperchen komme in allen fieberhaften Krankheiten vor, aber auch in ganz gesundem Blute und habe seinen Grund in Verdunstungs- und Schrumpfungsvorgängen sowie in der Verschiedenheit der Consistenz der peripherischen Schichten und des Centrums der rothen Blutkörperchen; von Einfluss seien auch

die Temperatur und gewisse Veränderungen, welche das Serum im fieberhaften Process erleide. Die im Blutkörperchen erscheinenden Kügelchen und Körner seien Producte optischer Täuschung und sie gar als Monaden zu deuten, verbieten 3 Momente: 1) »die regionäre, erst auf dem Objectglas sich vollziehende Bildung derselben, 2) das gänzliche Fehlen von Monaden im Serum, 3) die erhebliche Verkleinerung der rothen Blutkörperchen«.

Auch die Veränderung der Blutkörperchen innerhalb der Gefässbahn sei auf äussere Reize (Verdunstung, wasserentziehende Mittel) zu beziehen. — Nachdem Verf. ferner entschieden gegen die Annahme einer Microcythämie (Vanlair und Masius) Stellung genommen, und indem er den Einfluss der Blutkrystalle in den Zellen auf die Stechapfelform nicht zugeben kann, sucht er auch darzuthun, dass die Hüter'schen Versuche des Schüttelns von Blut mit monadenhaltiger Flüssigkeit etc. durchaus nicht beweiskräftig seien, betont, dass die directe Untersuchung des Fäulnissprocesses im Blut über alle diese Verhältnisse den besten Aufschluss gebe und vor allen Dingen eine Einwanderung von Monaden in die rothen Blutzellen nicht erkennen lasse, wenn das Serum auch von diesen Organismen wimmelt, und warnt schliesslich davor, die mechanische Leistungsfähigkeit der letzteren zu überschätzen, zumal »auf Seite des anatomischen Nachweises der Organismen noch vielfache Irrthümer und Täuschungen obwalten«. In Bezug auf die Einzelheiten der Beweisführung muss auf das Original verwiesen werden. **A. Bidder** (Mannheim).

Prof. Giulio Bizzozero. Sui rapporti della tubercolosi con altre malattie.

(Giornale della R. Accademia di Med. Torino 1874. No. 14. p. 470—494.)

Die vorliegende Abhandlung besteht aus einer Reihe von Beobachtungen über die Entwicklung des Tuberkels.

Im 1. Falle war mit einer tuberculösen Kniegelenksentzündung Tuberculose der gleichseitigen Inguinaldrüsen und frische Peritonealtuberculose combinirt.

Im 2. Falle fand sich Tuberculose der Sehnenscheiden der Fingerextensoren vor, im 3. und 4. Tuberkel in Halslymphdrüsen. Im 5. u. 6. Tuberkel in scrophulösen Abscessen des Arms. Im 7. fanden sich zahlreiche Tuberkel in scrophulösen Hautgeschwüren und im Unterhautzellgewebe. Im 8. in syphilitischen Geschwüren und im 9. fand B. Tuberkel im Stroma eines epith. Oesophaguskrebses.

Die Anwesenheit der Tuberkel wurde auf Grund des Vorhandenseins von Riesenzellen, epithelioiden, lymphoiden Zellen und eines Reticulums constatirt. **Menzel** (Triest).

Dr. Carl Bardeleben. Architectur der Spongiosa im Wirbel, Kreuzbein und Wirbelende der Rippen.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 29. p. 449—451.)

Abgesehen von den schon früheren Untersuchern bekannten senkrechten und queren Knochenbälkchen der Wirbel finden sich noch manche interessante Eigenthümlichkeiten im Verlauf und in der Anordnung der Bälkchen. Auf einem Sagittalschnitt durch den Bogenhals des Wirbels sieht man vom oberen proc. obliq. zum unteren Bogenrande und vom unteren proc. obl. zum oberen Bogenrande nach vorn Bälkchensysteme ziehen, welche sich rechtwinklig schneiden und vom 3. Hals- bis zum 5. Lendenwirbel »Knotenpuncte« compacter Substanz in ganz gesetzmässiger Weise bilden. An Horizontalschnitten ist zu erkennen, wie sich die Knochenbälkchen des Bogens beim Eintreten in den Wirbelkörper »aufpinseln«, auseinandertreten und sich mit denen der anderen Seite kreuzen, während so an der hinteren Fläche eine dreiseitige Lücke freibleibt. In der Mitte der Wirbelkörper findet sich eine Lücke, die man als Analogon der Markhöhle der Röhrenknochen auffassen kann.

Bei vierfüssigen Thieren sind die Verhältnisse ähnlich. In den proc. spin. und transvers. sieht man deutlich die Druck- und Zugcurven des Culmann'schen Balkens. — Das menschliche Kreuzbein hat in der oberen Hälfte ganz dieselbe Anordnung der Knochenbälkchen wie die Wirbel, während im unteren Theile einige Modificationen eintreten.

»Das Wirbelende der Rippe hat beim Ochsen z. B. eine Anordnung der Spongiosa, welche der Krahnenconstruction im oberen Femurende entspricht«, während beim Menschen dieser Bau nur angedeutet ist.

Eine Abhandlung, welche genauere Angaben nebst Abbildungen dieser Verhältnisse bringen soll, befindet sich im Druck.

A. Bidder (Mannheim).

V. F. Colomiatti. Sulla struttura delle cartilagini ialine e fibro-elastiche reticolate.

(Rivista Clinica di Bologna 1874. No. 5.)

Heitzmann behauptete (Medic. Jahrb. 1872, Hft. IV), dass in die Grundsubstanz des Knorpels mehr oder weniger varicöse Kanälchen eingegraben wären, welche vielfach mit einander anastomosirend mit den Knorpelkapseln zusammenhängen, und dass die in den Knorpelkapseln befindlichen Zellen Fortsätze ausschicken, welche eben in den Kanälchen liegen.

C. kommt durch seine von Bizzozero geleiteten Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: das Heitzmann'sche Netz ist das Resultat eines unregelmässigen Niederschlags des Silbers und Goldes. Die Grundsubstanz des Gelenkknorpels mit Ausschluss des von Synovia

bespülten Stratums ist fein granulirt. In ihr finden sich Höhlen, welche von den Knorpelzellen vollständig erfüllt werden. Die Zellen sind meist rund oder oval mit glatter Oberfläche, solange das Präparat frisch ist. Anastomosirende Zellen lassen sich nur in dem von der Synovia bespülten Stratum nachweisen.

Was den Netzknorpel anbelangt, so behauptet C., dass die Zellen ebenfalls vollkommen der Fortsätze entbehren und tritt hierdurch Hertwig entgegen. **Menzel** (Triest).

Burow sen. Notiz in Bezug auf essigsaure Thonerde und ihre Einwirkung auf Bacterien und Vibrionen.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV, Hft. 2 u. 3.)

B. theilt Beneke's Beobachtung mit, dass Bacterien und Vibrionen von essigsaurer Thonerde momentan getödtet werden und schliesst daran eine neue Empfehlung des genannten Antisepticums, welches er seit Jahren mit bestem Erfolge verwendet. **Gersuny** (Wien).

Derselbe. Notiz in Bezug auf Dosirung der Medicamente bei subcutanen Injectionen.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV, Hft. 2 u. 3.)

Die gebräuchlichen Pravaz'schen Spritzen enthalten 0,8 Flüssigkeit und ihr Stempel ist durch Striche in 10 gleiche Theile getheilt. Verschreibt man das anzuwendende Mittel in 8 grm. Flüssigkeit gelöst, so bedeutet jeder Theilstrich der Spritze $^1/_{100}$ der in 8 grm. der Lösung enthaltenen Menge des Medicamentes. **Gersuny** (Wien).

Compression élastique dite d'Esmarch appliquée sur des animaux (Societé de Biologie, Séance d. 23. Mai 1874).

(Gaz. méd. 1874. No. 23. p. 293.)

Aus Versuchen, die M. Laborde und Morel d'Arleux mit der Esmarch'schen Einschnürung an Thieren anstellten, ergab sich, dass das eingeschnürte Glied anfänglich anästhetisch bleibt (ca. 3 Minuten), worauf sich die Sensibilität erhöht. Die Temperatur sinkt unmittelbar nach der Constriction beträchtlich (ca. 5°) und steigt dann nach Beseitigung der Ligatur schnell über die Norm (ca. $2^1/_2$°). Endlich ergab sich noch, dass die Venen durch die elastische Compression nicht entleert werden. M. Krishaber, der ebenfalls eine grosse Reihe von Versuchen angestellt hat, behauptet hiergegen, dass das Sinken der Sensibilität sich nach dem Grad der Compression richte, und dass, um Ischämie herbeizuführen, die Compression keineswegs so stark zu sein braucht, dass die Sensibilität aufgehoben wird.

Die Entleerung der Venen kommt seiner Ansicht nach bei Thie-

ren wegen der winkligen Gestalt der Extremitäten nicht zu Stande. Die Temperatursteigerung nach Entfernung der Ligatur will K. nicht bemerkt haben.

O. Volkmann (Halle).

A. v. Hippel. Casuistische Mittheilungen.

(Graefe's Archiv. Bd. XX. Abth. I.)

I. Retrobulbäres Aneurysma mit hochgradigem Exophthalmus des rechten Auges. — Unterbindung der Carotis communis dextra.

Nach einem Sturze vom Pferde auf harten Boden wurden bei dem 21jährigen Patienten die gewöhnlichen Symptome einer Fractura baseos bemerkt: nach einigen Stunden Prominenz des linken Auges mit Convergenzstellung. Beides verliert sich in 5—6 Tagen und es stellt sich allmälig rechts Exophthalmus mit lebhafter Injection der Conjunctiva ein, dazu Diplopie, Ohrensausen links; das rechte Ohr war von früher her ohne Gehör. Die subjective Beobachtung fängt nach der dritten Woche an, so lange lag Pat. bewusstlos. Die Untersuchung des linken Ohres um diese Zeit ergab eine ziemlich frische Trommelfellnarbe. — Das rechte Auge zeigte ausser einem Exophthalmus von 6‴ hochgradige Stauung in den Conjunctivalgefässen in Form bedeutender Injection und chemotischer Schwellung der Conjunctiva; der Bulbus war nach aussen abgewichen und unbeweglich; der Augenhintergrund normal bis auf erhebliche Verbreiterung und Schlängelung der Venen. Sehvermögen, wohl in Folge strichförmiger Epitheldefecte der Cornea herabgesetzt. Der Bulbus war durch mässigen, nicht schmerzhaften Druck mehrere Linien in die Orbita zurückzudrängen und zeigte keine Pulsationen. — Die Diagnose auf ein Aneurysma wurde mit Sicherheit gestellt wegen eines am ganzen Schädel hörbaren aneurysmatischen Geräusches, das durch Compression der rechten Carotis augenblicklich zu sistiren war. Ein intracranielles Aneurysma, das den Exophthalmus durch Behinderung des venösen Rückflusses bedingte, wurde im Gegensatze zu einem intraorbitalen angenommen, 1) wegen der mangelnden Pulsationen, 2) weil hinter dem Bulbus kein aneurysmatischer Sack zu fühlen, 3) wegen der schmerzlosen Entwicklung und 4) wegen der grösseren Wahrscheinlichkeit einer Gefässverletzung innerhalb der Schädelhöhle bei Gelegenheit der Fract. baseos. Nach fruchtlosen Compressionsversuchen wurde von Prof. Schönborn die Carot. dext. nach Cooper unterbunden. Darauf sofortiges Verschwinden des aneurysmatischen Geräusches, Abnahme der Injection des rechten Auges. Das Geräusch war schon nach $^3/_4$ Stunden wieder zu hören bei nochmals constatirter vollkommener Unterbindung. Im weiteren Verlaufe ging der Exophthalmus bis auf 1‴ zurück, der Bulbus wurde beinahe normal beweglich, alle Stauungserscheinungen an Conjunctiva und Retina verschwanden. Das Geräusch wurde schwächer ohne aufzuhören, Compression der linken Carotis auf die Dauer nicht ertragen. — Verf. nimmt ein Aneurysma arterio-venosum, nämlich directe Communication der rechten Carotis mit dem Sinus caver-

nosus an aus folgenden Gründen: 1) Möglichkeit der Verletzung der Carotis bei Gelegenheit der Basisfractur. 2) Langsames Entstehen des Exophthalmus, das gegen An. diffusum spricht, während das verum durch die Aetiologie auszuschliessen. 3) Fehlen cerebraler Symptome. 4) Verschwinden aller pathologischen Erscheinungen am Auge trotz des fortdauernden Geräusches; wäre dasselbe in einem aneurysmatischen Sacke entstanden, so würde mit demselben auch das Circulationshinderniss geblieben sein, wohingegen die erhebliche Verminderung der arteriellen Blutzufuhr zum Sinus cavernosus die Entleerung der Orbitalvenen sehr erleichtern musste. Verf. bespricht weiter die Möglichkeit der Heilung retrobulbärer, intracranieller Aneurysmen durch Compression der Carotis und bezweifelt die einzige derartige von Galegowsky angegebene Heilung. — Trotzdem in seinem Falle das Aneurysma durch die Unterbindung nicht beseitigt wurde, sieht Verf. doch in der Erhaltung des durch Ernährungsstörungen bedrohten Auges und der Herstellung günstigerer intracranieller Circulationsverhältnisse einen befriedigenden Erfolg der Operation.

Fränkel (Chemnitz).

A. Winiwarter in Wien. Ein Fall von angeborener Makroglossie, combinirt mit Hygroma cysticum colli congenitum.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

Ein 14 Monate alter Knabe war mit einer den Lippenrand überragenden Zunge zur Welt gekommen. Die Zunge stand bei der Aufnahme als ein 1 Zoll langer und ebensoviel im Durchmesser haltender Zapfen aus dem Munde hervor, ausserdem fand sich an der linken Halsseite eine Mannsfaust grosse, über die Medianlinie ragende, weiche, fluctuirende Geschwulst. Von der Zunge wurde ein fast 2 Zoll langes Stück mit der Schneideschlinge abgetragen. Das Kind wurde mit der Schlundsonde ernährt. Am 6. Tage trat Schwellung der Zunge mit folgendem Wundzerfalle ein, 4 Tage später stellte sich ein Schüttelfrost ein, am 12. Tage nach der Operation starb das Kind. Bei der Obduction zeigte sich der Tumor aus einem Conglomerate von Cysten bestehend, welche sich zwischen die Muskeln des Mundbodens erstreckten, Larynx und Trachea umhüllten und unmittelbar in das cavernöse Gewebe des Zungenstumpfes übergingen. Die Cysten schienen nicht in grösserer Ausdehnung mit einander zu communiciren. Die Vergrösserung der Zunge war hervorgerufen zum kleineren Theil durch Entwicklung der Lymphgefässe zu Cystenräumen, zum grössten Theile beruhte sie auf Neubildung von Bindegewebe durch Wucherung der Bindegewebszellen und der Adventitiazellen der Gefässe; besonders im unteren Theile der Zunge fand sich ein die Muskulatur vollständig zerstörendes, gefässarmes, fibrilläres Bindegewebe. An anderen Stellen bildeten sich lymphomähnliche Knoten, die dann durch centralen Zerfall der Zellen und des Maschennetzes ebenfalls in Cystenräume umgewandelt wurden, oder mit Serum durch-

tränkt, zuerst ein Auseinanderweichen oder gänzlichen Zerfall ihrer Zellen mit Persistiren des Bindegewebsgerüstes erfuhren, dann auch mit Zugrundegehen des letzteren ebenfalls cystische Räume darstellten. Diese »hydropische Degeneration« war an den Papillen der Zungenoberfläche am deutlichsten ausgeprägt. Einzelne Cysten waren durch Communication mit Blutgefässen von Blut erfüllt; die Auskleidung der Hohlräume in der Zunge durch Endothel, wie es Köster vom Cystenhygrom zeigte, konnte W. mit vollster Gewissheit auch an Alkoholpräparaten nachweisen.

Maas (Breslau).

Max Schede. Ueber partielle Fussamputationen.

(Sammlung klinischer Vorträge. No. 72—73.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Unzuverlässigkeit der bisherigen statistischen Berechnungen stellt Verf. zunächst als Hauptregeln auf: 1) nur in quer durch den Fuss gehenden Ebenen zu amputiren und 2) die Narbe immer so zu legen, dass sie durch das Gehen nicht insultirt werde. Für die traumatischen Fälle wird im Gegensatz zu den Verletzungen der Finger und Hand, den primären Operationen der unbedingte Vorzug gegeben.

Verf. wendet sich dann zu einer eingehenden Kritik der Absetzungen des Fusses in den verschiedenen typischen Linien, deren Statistik er bis in die neueste Zeit vervollständigt. Die ausführlichste Besprechung wird den beiden Operationen gewidmet, denen noch am meisten die allgemeine Anerkennung der Chirurgen fehlt, der Chopart'schen Exarticulation und der Pirogoff'schen osteoplastischen Fussamputation, gerade auch die Methoden, über welche Verf. in der hallischen Klinik besonders zahlreiche Beobachtungen zu machen Gelegenheit hatte. Sch. ist ein warmer Vertheidiger beider. Was die erstere betrifft, so sucht er vor allem den gewöhnlich gegen sie erhobenen Vorwurf zu entkräften, dass die häufig auf sie folgende Retraction der Ferse später den Gang unmöglich mache. Ein gewisser Grad von Fersenerhebung ist, wie bereits Ross hervorgehoben hat, allerdings in jedem Falle von Chopart'scher Exarticulation die nothwendige Folge, da das Fussgewölbe gerade auf seiner höchsten Höhe durchtrennt wird, und Pat. die Ferse etwas erheben muss, um mit dem vorderen Theile des Stumpfes den Boden zu erreichen. Die Einwirkung des Körpergewichts kann diese Stellungsveränderung zu höheren Graden steigern, wenn Pat. durch Schwäche der Muskeln und des Bandapparates eine besondere Disposition dazu mitbringt, gerade wie auch bei Einwirkung gleicher Schädlichkeiten nur eine gewisse Quote von Menschen pes valgus und genu valgum bekommt. Ein in den Schuh gelegtes keilförmiges, vorn erhöhtes Polster beseitigt den primären Zustand und beugt Verschlimmerungen desselben vor. — Die Lehre von der antagonistischen Spannung der Wadenmuskeln nach der Duchenne'schen Theorie wird völlig verworfen.

Den schwereren Formen des pes equinus liegen vielmehr genau

dieselben Ursachen zu Grunde, die auch ohne Fussamputation diesen Stellungsfehler bedingen: andauernde schlechte Lagerung und Haltung — articuläre und periarticuläre Entzündungen des Fussgelenks bei fortschreitender Caries, — daher Entstehen von pes equinus noch während die Pat. im Bett liegen, nach langem Gehen an Krücken etc. Interessant ist in dieser Hinsicht der statistische Nachweis, dass die Fälle von Equinusstellung Chopart'scher Stümpfe so gut wie ganz aufgehört haben, seit uns die Erfindung der amput. subtalica, der Pirogoff'schen und Syme'schen Operation der Nothwendigkeit überhoben hat, überall, wo die Chopart'sche Exarticulation nicht mehr anging, die amput. cruris am Orte der Wahl vorzunehmen. Früher wurden viel leichter cariöse Partieen stehen gelassen, oder bei mangelnden Weichtheilen der Lappen zu kurz gebildet.

Um also gute Resultate mit der Chopart'schen Amputation zu haben, ist nächst der Bildung eines hinreichend grossen Plantarlappens und der vollständigen Entfernung alles Kranken die richtige Leitung der Nachbehandlung von der grössten Wichtigkeit, d. h. der Stumpf muss während der ganzen Heilungsdauer in der richtigen Lage erhalten werden. Ein handbreit über das flectirte Knie hinaufreichender Gipsverband ist dazu das empfehlenswertheste Mittel. — Die Details der Statistik und der in der Hallischen Klinik ausgeführten Chopart'schen Operationen sind im Original nachzusehen.

Ueber die Lignerolles-Malgaigne'sche amput. subtalica, für welche die Priorität übrigens für den älteren Textor in Anspruch genommen wird, ausser einer Ergänzung der Statistik wenig Neues. — Eine neue Methode Hancock's, die amput. sub talo mit Pirogoff's Amputation zu combiniren in der Art, dass die untere Talusfläche abgesägt und der proc. post. calc. an den stehen gebliebenen Rest angeheilt wird, wird kurz erwähnt.

Uebergehend zur Pirogoff'schen Amputation empfiehlt Verf. dringend, die Sägeschnitte sowohl am Unterschenkel wie Hacken in dem Sinne schief zu legen, dass hinten mehr Knochen fortgenommen wird, als vorn, wie es schon von Günther, O. Weber, Wagner, namentlich aber von dem Engländer Busk geschehen ist. Die Vortheile sind: 1) Sehr leichtes Gelingen der Umdrehung des Fersenhöckers, so dass die Tenotomie der Achillessehne immer überflüssig ist; die zum Aneinanderlegen der Sägeflächen nothwendige Bewegung besteht fast ausschliesslich in einem Hinauf- und nach vorne Schieben des Fersenlappens; 2) dass auf diese Weise ein Theil des Hackens zur Gehfläche wird, welcher auch unter normalen Verhältnissen noch zur Stütze des Körpers verwandt wird. — Die Behauptung der Gegner des Pirogoff'schen Verfahrens, dass die Verschmelzung der Knochen sehr schwer zu Stande komme, wird durch die Statistik und die Resultate der bekannt gewordenen Sectionen widerlegt. Sie erfolgt unter denselben Bedingungen, wie bei jeder andern complicirten Fractur und auf dieselbe Weise.

Der proc. post. calc. kann auch bei hochgradigster fettiger Malacie

zurückgelassen werden. Er heilt an und wird wieder fest bei dem allmälig wieder aufgenommenen Gebrauch des Fusses. Wo er schon mit von der Caries ergriffen ist, können die kranken Partieen mit dem scharfen Löffel herausgeschabt und event. nur die Corticalis zurückgelassen werden. Die Höhlung füllt sich mit verknöchernden Granulationen, wie die gelungenen derartigen Versuche von Lowe und Paikert beweisen[1]. Gegen die fortschreitenden Sehnenscheiden-eiterungen, den häufigsten üblen Zufall nach der Operation, empfiehlt Verf. den Lister'schen Verband, nach dem Vorgange Törnblom's mit einem darüber gelegten à jour Gipsverband (Dittel) combinirt. Es folgt dann der Bericht über 24 seit 1867 in der hallischen Klinik ausgeführte Pirogoff'sche Amputationen.

Unter den Hindernissen der Heilung bei der Syme'chen Operation hebt Verf. besonders das Absterben des Fersenlappens hervor. Unter 596 im civilen Leben ausgeführten derartigen Amputationen trat solches 31 Mal ein. Bei einem Cariesrecidiv am Stumpfe der Tibia wurde in der hallischen Klinik eine Nachamputation glücklich dadurch umgangen, dass die cariösen und halb verjauchten Markmassen mit dem scharfen Löffel herausgeworfen, entsprechend dem oberen Ende der so gesäuberten Knochenhöhle mit dem Meissel ein Loch in die Corticalis geschlagen und eine Drainröhre durch den Knochen geführt wurde. Die Markhöhle füllte sich mit guten Granulationen und das Endresultat war ein durchaus gutes.

Zum Schluss stellt Verf. noch einmal die Resultate des Chopart, Pirogoff und Syme zusammen, die wir kurz tabellarisch wiedergeben.

	Chopart.	Pirogoff.	Syme.
Zahl der Operationen	156	186	596
Mortalität	13,2%	11,8%	10,9%
Zahl der Ueberlebenden	135	164	531
Misserfolge (s. Original)	9,5%	7,9%	10%

Verf. constatirt aus dem Vergleich mit den Mortalitätsziffern der Weber'schen Statistik (Ch. 14,4%, P. 12,7%, S. 14,4%) das erfreuliche Ergebniss, dass in der neueren Zeit die Zahl der Todesfälle bei allen 3 Operationen sich nicht unerheblich vermindert hat, fügt aber weiterhin die feste Ueberzeugung hinzu, »dass uns durch eine allgemeine Verbreitung des Lister'schen antiseptischen Verbandes ein vollkommener Umsturz aller bisherigen Mortalitätsziffern grösserer Operationen und Verletzungen bevorsteht, und dass somit der Werth der bisherigen Erfahrungen in wenigen Jahren nur noch ein sehr relativer sein wird«. Für die Beurtheilung der partiellen Fussamputationen bleibe die Brauchbarkeit des Stumpfes der einzig berechtigte Maassstab.

v. Mosengeil (Bonn).

---

1) S. auch die Originalmittheilung von Prof. Lücke in No. 8 des Centralblattes für Chirurgie (Ref.).

Girard. Zur Frage der Endresultate nach der Ellenbogengelenksresection.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. IV. Heft 2 u. 3.)

Dem Verf. standen 23 Fälle von Ellenbogengelenksresection zur Verfügung, welche von 1865—1872 in der chir. Klinik zu Bern (unter Lücke's Leitung) ausgeführt worden sind. Darunter waren vier durch Trauma, drei durch Ankylosen in ungünstiger Stellung, sechzehn durch chronisch-entzündliche Processe verursacht. Unter den sechs Todesfällen war nur einer in directem Causalnexus mit der Operation (Pyämie).

Der Zustand der Geheilten wurde längere Zeit nach ihrer Entlassung untersucht, so dass derselbe schon als bleibend betrachtet werden konnte.

Unter den 15 constatirten Endresultaten finden sich 2 Schlottergelenke, 3 Ankylosen, 10 Ginglymusverbindungen, welche in Bezug auf ihre Brauchbarkeit als sehr befriedigend dargestellt werden, denn nicht ein einziges Mal wurde die Extremität unbrauchbar oder zeigte die von Hannover hervorgehobenen ungünstigen Erscheinungen (Unbeweglichkeit der Schulter, Unbrauchbarkeit der Hand etc.).

Als Ursache der von Hannover und Anderen beobachteten schlechten Endresultate bezeichnet G. nicht die Bildung eines Schlottergelenkes, da ein solches nach mehrfachen Erfahrungen noch keine Unbrauchbarkeit der Extremität bedingt, wohl aber dürfte die Lähmung der Muskulatur ein Hauptfaktor dabei sein, und es kann dieselbe für manche Fälle als Ursache des Schlotterns angesehen werden.

Die Lähmung ist entweder durch Nichtgebrauch der Extremität bedingt — und dies in der Mehrzahl der Fälle, oder durch Neuritis ascendens, oder durch Druck der Osteophyten auf die Nerven — (oder auch durch Verletzung der Nerven). Da Ankylose die Brauchbarkeit des Gliedes nicht garantirt, so ist dieselbe nur dann anzustreben, wenn eine Wiederherstellung der Muskelthätigkeit durchaus nicht zu erwarten ist.

Passive Bewegungen sind, wenn wenig Knochenneubildung stattfindet, spät oder gar nicht vorzunehmen, dafür ist auf Kräftigung der Muskulatur durch den electrischen Strom, durch Bäder, Douchen etc. einzuwirken. Ueberhaupt ist dieser Theil der Behandlung der wichtigste und muss mit der grössten Ausdauer geübt werden. Ist reichliche Knochenregeneration zu erwarten, so beginnt man nach der 3. Woche mit passiven Bewegungen, indem man jedoch sorgsam Seitenbewegungen des Gelenkes vermeidet.

Gersuny (Wien).

Hohenhausen. Ein Fall von eitriger Gelenkentzündung bei Variola.

(Dorpater med. Zeitschrift Bd. V. Hft. 2. p. 135—141.)

Mit Bezugnahme auf die Mittheilung des Ref. über eitrige Gelenkentzündungen bei Variola (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. II. p. 453) berichtet Verf. über einen in jeder Beziehung analogen

Fall aus der Klinik von Prof. E. Bergmann. Auch in diesem Falle, welcher ein $4^1/_2$jähriges Mädchen betraf, waren beide Cubitalgelenke durch die eitrige Entzündung ergriffen und trat nach auf einer Seite früh erfolgtem spontanen, auf der anderen durch Nadelstich befördertem Durchbruch, bei ziemlich indifferenter Behandlung, rasche Heilung mit relativ guter Gebrauchsfähigkeit der Arme ein. Hier entstand ebenfalls die Gelenkaffection auf der Höhe des Variolaprocesses und ist nicht als Nachkrankheit desselben aufzufassen. Von älteren Beobachtern dieser Affection werden angeführt: Robert (1830) und Sarcone (1782). Näheres im Original.

A. Bidder (Mannheim).

Foster. On pleuritic effussion, relieved by the aspirator. Gangrene of both lower extremities from embolism of the common iliac arteries. Death.

(Med. tim. and gaz. 1874. Mai 16 und Mai 23.)

Ein 26jähriger Mann war am 10. Febr. 1874 wegen grosser Athembeschwerden durch einen älteren pleuritischen Erguss rechterseits pungirt und vermittelst des Aspirators wurden 130 Unzen einer klaren, eiweisshaltigen Flüssigkeit entleert. Guter augenblicklicher Erfolg der Operation.

Am folgenden Tage Rückenschmerzen, dann später wieder verschwindende Eiweissspuren in dem sparsamen Urin.

Es folgten Schmerzen, dann Anästhesie und Parese des rechten Beines; am 14. Febr. ist an demselben keine Pulsation zu fühlen. In der folgenden Nacht dieselbe Beobachtung am linken Beine. Die beiden Extremitäten wurden brandig, es entwickelte sich noch eine linkseitige Pleuritis und unter hoher Temperatur starb Patient am 23. Februar.

Die Section ergab ausser den Pleuritiden und einer Tuberculose des Peritoneum im linken Herzen 3 dichotomisch sich verzweigende, ältere Gerinnsel; im linken Vorhof sah ein gleiches aus einer der rechten Lungenvenen hervor. Hämorrhagische Infarcte der Milz, beider Nieren. An den Theilungsstellen beider Iliacae com. ritt ein älterer, den Herzgerinnseln gleicher Embolus; von ihm aus erstreckte sich die jüngere Blutgerinnung bis $^1/_4$ Zoll unter die Aortenbifurcation.

Somit war die schon am Lebenden aufgestellte Vermuthung, die Embolieen möchten aus den eine Zeit lang unbenutzten rechten Lungenvenen stammen, vollständig gerechtfertigt und bedauert F. in seinem klinischen Vortrage auf diese neue Gefahr der Operation hinweisen zu müssen.

Ranke (Halle).

Prof. Franc. Mazzolo. Esempî notevoli di ernie addominali ecc.

In einem Falle fand M. zwei Cruralhernien gleichzeitig auf derselben Seite, indem die eine durch den Femoralcanal, die andere

durch das Infundibulum, resp. durch die Scheide der Schenkelgefässe zu Tage trat. Beide Hernien waren incarcerirt. — Heilung.

In einem anderen Falle war durch eine Inguinalhernie der früher im Leistencanal befindliche Testikel gegen die Crista oss. ilei verdrängt worden und war dort durch Adhäsionen befestigt. In eben diesem Falle war die Bedeckung so ausserordentlich dünn, dass Haut, Fascie und Bruchsack nur eine einzige sehr dünne Lage zu bilden schienen.

In einem weitern Falle war die Veränderung der Zunge unmittelbar nach der Operation überraschend. Während dieselbe zuvor ganz trocken und schwarz war, wurde sie unmittelbar nach Hebung der Einklemmung roth, feucht, weich, platt und glatt. Ebendieselbe momentane Veränderung der Zunge beobachtete M. in einem Falle von Lithotripsie, wo er wegen wiederholter Schüttelfröste zum Steinschnitt geschritten war.

Ein Fall ist bemerkenswerth dadurch, dass trotz 14tägiger Einklemmung Heilung durch die Herniotomie erzielt wurde.

Ein Fall endlich ist besonders merkwürdig durch spontane Heilung (ohne Bildung künstl. Afters), obwohl der Zustand des Pat. so sehr herabgekommen war, dass das ärztliche Kriterium eine blutige Operation für unzulässig erklären musste.

M. strebt in der Regel nach der Herniotomie die vollkommene prima intentio an. In zwei Fällen ist ihm dieselbe auch wirklich vollkommen gelungen.

Menzel (Triest).

Verneuil. Traitement palliatif du cancer du rectum au moyen de la rectotomie linéaire.

(Gazette hebdom. 1874. No. 13.)

Gegenüber den gewöhnlich geübten Paliativverfahren zur Erleichterung der Leiden, welche in Folge unoperirbarer Rectumcarcinome auftreten, der Colotomie, der Dilatation der Verengerung, der Cauterisation und Auskratzung der Wucherungen, hat V. neuerdings eine Behandlungsmethode empfohlen, worüber er zuerst 1872 der Soc. de Chir. Bericht erstattet hatte. Sein Verfahren besteht darin, dass er die ganze, von der Neubildung eingenommene Partie des Rectums der Länge nach in der hinteren Medianlinie spaltet und dadurch die Strictur hebt. Zu dem Zweck operirte er in den ersten von ihm behandelten Fällen so, dass er zwischen Aftermündung und Steissbein einen gekrümmten Trokar einstach, das Rectum von aussen nach innen an der oberen Grenze der Neubildung punctirte, mittelst eines Fadens die Ecraseurkette durch die Kanüle leitete und hiermit die hintere Rectumwand durchtrennte.

In einem jüngst operirten Falle modificirte V. sein Verfahren dahin, dass er anstatt der einfachen, die doppelte Rectotomie, oder vielmehr die Ausschneidung eines länglichen, $2^1/_2$ Cm. breiten Strei-

fens aus der hinteren Rectumwand ausführte, um hierdurch die noch nicht ergriffenen Partieen freizulegen und die Cauterisation der Wucherungen zu erleichtern. V. begann die Operation im letzten Falle so, dass er einen Hautlappen umschnitt, dessen etwa 5 Cm. breite Basis gegen das Steissbein, dessen Spitze gegen die hintere Aftercommissur gerichtet war. Der Lappen wurde zurückpräparirt und das postrectale Zellgewebe freigelegt, von wo aus vermittelst eines gekrümmten Trokars hintereinander 2 Quetschketten, 3 Cm. von einander entfernt, von hinten her in das Darmlumen ein- und zur Afteröffnung herausgeleitet wurden. Es folgte nun die Durchtrennung der Länge nach und schliesslich an der oberen Grenze der Neubildung die transversale Durchtrennung des so aus dem Rectum geschnittenen Längsstreifens.

V. hat die Rectotomie bisher 6 Mal geübt, 5 Mal mit sehr gutem Erfolge, die Kranken fühlten während relativ langer Zeit ihre schlimmsten Beschwerden erheblich vermindert.

Fr. Steiner (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Aus den Sitzungsprotocollen der Dorpater medicinischen Gesellschaft.

(Dorpater med. Zeitschrift. Bd. V. Hft. 2. p. 155—157.)

A. Böttcher (Sitzung v. 3. Septbr. 1873) theilt eine ihm von Dr. Malert in Mitau übersandte Krankengeschichte mit, in der es sich um einen mit ungewöhnlichem Kern versehenen Blasenstein handelt, welcher bei einer schon seit 8 Jahren an Blasenbeschwerden leidenden, sonst aber stets gesunden, alten, mit mehreren Kindern gesegneten Frau durch die Kolpocystotomie entfernt wurde. Der Stein bestand aus einzelnen bis nussgrossen härteren Kernen, welche mit reichlicher Phosphatmasse umgeben waren, und in zwei Recessen der Blase ziemlich fest sassen. Nach Entfernung dieser zeigte sich noch ein mit Gries bedeckter, am Fundus der Blase befindlicher und in dieselbe flottirender Körper, welcher so fest anhaftete, dass er nur durch sehr kräftigen Zug mit der Zange herausbefördert werden konnte. Dieses letzte Stück war nun »ein rundliches mit sehnigem Ueberzuge versehenes Knochenrudiment, an dessen einer Seite 2 wohlgebildete Schneidezähne hervorragten. An diesem Knochenstücke hing ein 1 Zoll langer und etwa halb so breiter, nach allen Seiten glatt abgerundeter, fleischig sehniger Fortsatz. Auch Haare an der Oberfläche des knochigen Theiles waren deutlich sichtbar«. Auch an noch einem anderen Stücke des Steins fand sich als Kern ein Zahn und Haare in der Nähe. — Die Pat. wurde vollständig geheilt. —

B. nimmt an, dass eine Dermoidcyste mit der Blasenwand verwachsen, dann durch die letztere perforirt sei und so den ungewöhnlichen Kern des Steins geliefert habe.

A. Bidder (Mannheim).

Danzel. Diaphysenresection bei Pseudarthrosis.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 2 u. 3.)

Ein Knabe von 4 Jahren litt seit einem Jahre an Pseudarthrose im unteren Drittel des Unterschenkels. Das Gehen mit einer Hülse war wegen Schmerz in Folge der zugespitzten Form der Fragmente unmöglich. D. resecirte die Bruchenden der Tibia, und nach 6 Wochen konnte der Knabe mit einem festen Verbande gehen. — Consolidation war nicht erfolgt, wird aber von D. vom Gebrauche der Extremität erwartet.

Gersuny (Wien).

Robert Baume. Ein Odontom.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. 1874. Juli.)

Patientin, jetzt 20 Jahr alt, hatte bis zu ihrem 18. Jahre noch keinen Molaris im rechten Unterkiefer, zu welcher Zeit ein unregelmässig geformter Körper an Stelle der fehlenden Molarzähne durchbrach. Ein Jahr darauf entstanden in diesem Körper Schmerzen, die über den ganzen Unterkiefer und im rechten Ohre gefühlt wurden.

Die Localinspection zeigt am rechten Unterkiefer eine harte Masse, grösstentheils vom Zahnfleisch bedeckt. Nur der etwas über dem Zahnfleisch hervorragende Theil sieht einer Zahnkrone einigermassen ähnlich.

Da die Zange zu eng, wird der Körper zuerst mit dem Schlüssel luxirt und dann mit Leichtigkeit herausgezogen. Das betreffende Hartgebilde stellt eine formlose, unregelmässige Masse dar, an der sich Andeutungen von der Krone des ersten und zweiten Molaris zeigen. Das Gewicht desselben beträgt 10,0 Gr., die Länge (mesio-distal) 3 Ctm., die Dicke (labio-lingual) 1,8 Ctm. und die Tiefe von der Kaufläche senkrecht 2,6 Ctm.

An der Oberfläche des Gebildes, die den Zahnkronen entspricht, finden sich einzelne cariöse Höhlen, doch ist nirgends eine Spur von Schmelz zu entdecken. Die Schnittfläche zeigt ein marmorirtes Aussehen, ganz unähnlich menschlichem Dentin. Dann sieht man verschiedene Hohlräume, die eine blutige Färbung zeigen und für blutführende Canäle angesehen werden können.

Bei mikroskopischer Untersuchung ist zuerst der gänzliche Mangel von Schmelz an der Oberfläche auffallend; dagegen findet sich derselbe in bedeutender Menge im Innern. Cement ist zwar spärlich, doch an jeder Stelle der Peripherie deutlich sichtbar.

Die ganze Masse der Missbildung besteht wesentlich aus Dentin, das jedoch nicht von einer centralen Pulpa, sondern von verschiedenen Puncten aus gebildet zu sein scheint. Um verschiedene Hohlräume herum, die grösstentheils mit amorpher Masse ausgefüllt erscheinen, ist das Dentin gelagert, das an einigen Stellen ganz regelmässig, an anderen nur rudimentär entwickelt ist.

Verf. nimmt an, dass das Odontom sich zu entwickeln begann, nachdem bereits die ersten Scheiben der Krone sich gebildet hatten, da Andeutungen der Kronen der beiden Molares vorhanden sind, und dass es sich um ein Odontom radiculaire dentinaire handele, welches durch Hyperplasie der sich bildenden Wurzeln eines oder beider Molares entstanden ist.

Holländer (Halle).

Mr. Tibbits. Case of ovariotomy during acute peritonitis. Bristol Royal infirmary.

(Med. tim. and gaz. 1874. March 28. p. 344.)

Eine 22jährige Frau bemerkte seit einem Jahre ein Zunehmen ihres Leibesumfanges. 14 Tage nach ihrer Verheirathung trat leichte Peritonitis ein, 8 Tage später, am 17. Juli 1873, wurde sie aufgenommen.

Leib wie im 8. Monat der Schwangerschaft aufgetrieben, Behandlung mit Opium und Cataplasmen.

Gleiche peritonitische Anfälle wiederholten sich bis zum 21. August mehrmals.

Am 22. August acute Peritonitis. Nachmittags als letzter Rettungsversuch Ovariotomie.

Ueberall adhärente, doch leicht ablösbare Cyste, zersetztes Blut enthaltend. Der kurze Stiel wird unterbunden, kurz abgeschnitten, die Bauchhöhle gereinigt, die Wunde genäht. Die zu Gesicht kommenden Därme waren stark injicirt. Grosse subjective Erleichterung. Die Temperatur sinkt von 112° F. am Abend des Operationstages auf 101° F.

Am 24. Aug. Nachmittags Collaps; der Tod erfolgte am 25. Aug. Nachmittags.

Die Section ergab eine frische Peritonitis, ca. 8 Unzen blutiger Flüssigkeit in der Bauchhöhle.

Der Referent bedauert, nicht eine regelmässige Ausspülung der Bauchhöhle vorgenommen zu haben. **Ranke** (Halle).

Teeran. St. Peters Hospital, Lithotrity.

(Med. tim. and gaz. 1874. April 18. p. 424.)

1) Der zur Zeit 21jährige Pat. hatte vor 6 Jahren ein Wachsbougie zerbrochen und theilweise in der Blase zurückbehalten. Nachdem wiederholt Stücke desselben abgegangen, traten erst im letzten Sommer Steinbeschwerden auf. Lithotripsie 9. und 25. Febr. Oxalate um einen Wachskern. 3 Schüttelfröste nach erster Operation. Vollständige Genesung.

2) 55jähriger Mann, seit 6 Jahren Beschwerden. Lithotripsie in 5 Sitzungen, mit 4-, resp. 7tägigen Intervallen. Urate. Heilung. **Ranke** (Halle).

Hasselmann. Ein Fall von angeborener schräger Gesichtsspalte, geheilt durch mehrere plastische Operationen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

H. beobachtete bei einem wenige Tage alten Mädchen die sehr seltene angeborene schräge Gesichtsspalte. Die Spaltung begann von der Mitte der linken Hälfte der Oberlippe, ging neben der Nase durch die Weichtheile der Wange bis zum inneren Augenwinkel und dann, an der Grenze des äusseren Drittels vom oberen Augenlide wieder anfangend, schräg durch die Augenbraue und Schläfe bis zur Grenze des Haupthaars. Von den Knochen zeigte nur der Proc. alveolaris des Oberkiefers eine leichte Kerbe und die Oberkieferwölbung war schief, spitzig; die Spitze nach der Spalte gewendet. — Die Vereinigung der Spaltung gelang durch mehrfache Operationen; doch ging der linke Bulbus aus Mangel an Bedeckung zu Grunde und musste enucleirt werden. **Maas** (Breslau).

K. v. Mosengeil. Galvanische Zerstörung eines grossen Cavernoms.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

Bei einem 11jährigen Kinde hatte Busch wegen eines grossen, fast die ganze linke Seite des Gesichts einnehmenden Cavernoms das galvanokaustische Setaceum 2 Mal erfolgreich angewendet, der Tumor war bedeutend geschrumpft. Die noch bleibenden Reste beseitigte v. M., indem er die mit einer Nadel armirte Kathode einer aus 14—16 kleinen Stöhrer'schen Elementen bestehenden Batterie in den Tumor einsenkte, die kleine Schwammanode auf die Haut setzte.

(Bei der Anwendung des Setaceum candens mache ich noch ein Mal darauf aufmerksam, dass es besser ist, den Draht nicht, wie Busch that, unmittelbar nach dem Erglühenlassen zu entfernen, sondern ihn an den Stichcanälen abzukneifen und das Herausnehmen bis zur beginnenden Eiterung zu verschieben; man vermeidet so jede Blutung. Ref.). **Maas** (Breslau).

N. Démarquay. Mort subite par embolie pulmonaire à la suite de fracture.

(Gazette hebdom. 1874. No. 14.)

Eine 46jährige Frau hatte eine Fractur im unteren Drittel des linken Unterschenkels erlitten, als sie während des Tanzens heftig zur Erde geworfen wurde. Starke Suggillation und Ecchymosen an der Bruchstelle. Das Redressement sowie der Heilungsverlauf — man legte das Bein in den Scultet'schen Apparat, später Wasserglasverband — gingen gut von Statten. 3 Wochen nach der Verletzung hatte Pat. einen Anfall von Dyspnoe. Am nächsten Tage völliges Wohlbefinden. Am 30. Tage nach der Verletzung war die Pat., während sie die nothwendigen körperlichen Bewegungen, um sich auf's Stechbecken zu setzen, ausführte, plötzlich gestorben.

Bei der Section wurde das Herz im Zusammenhange mit den Lungen herausgenommen. Nach Eröffnung des rechten Ventrikels und der Pulmonalarterie, fand man in letzterer einen 11 bis 12 Cm. langen, in die Aeste derselben sich fortpflanzenden Thrombus. Dieser war an der Theilungsstelle der Arterie nach links eingeknickt, und erfüllte ein Stück der linken Pulmonalarterie. Die beiden Enden des Thrombus sahen wie abgebrochen aus, und es fanden sich in der Höhle des rechten Herzens Bruchstücke davon zwischen den Chordae tendin. Der Hauptthrombus war trocken, ziemlich resistent, gestreift. Die Verzweigungen der Pulmonalarterie ebenfalls mit Thromben, aber jüngeren Datum's erfüllt. Die Lungen sehr gedunsen. Am Rande der linken Lunge ein älterer Infarct. Die Venen um die Fracturstelle erfüllt mit schwarzem Blut; festere und brüchige Thromben in den Venae tibial., ebenso in den Zwischenräumen der tiefgelegenen Muskeln schwarze Blutpfröpfe. Leider wurde die eingehendere Section nicht gestattet.

Verf. citirt schliesslich noch eine Reihe ähnlicher Fälle aus der Literatur. Die Ursache der Thrombose und Phlebitis schiebt er dem mechanischen Insult zu; auch die Contusion allein könne, wie aus anderen Fällen hervorgehe, zu Coagulation und Phlebitis in den tiefliegenden Gefässen führen. Im Hinweis auf obigen Fall warnt Verf. auch vor unzarter ärztlicher Untersuchung und mahnt zu grosser Vorsicht beim Anlegen des Verbandes. Er erinnert endlich daran, dass ausser den Embolieen mit Blutpfröpfen auch Fettembolien in den Lungen, aus dem Markcanale des gebrochenen Knochens stammend, in der Literatur bekannt geworden seien.

Fr. Steiner (Wien).

Scheuthauer. Cystenkrebs der Beckenlymphdrüsen. Vortrag, gehalten in der Buda-Pester k. Gesellsch. d. Aerzte.

(Pester med. chir. Presse 1874. No. 25.)

Bei der Section einer 40 Jahr alten Frau fand sich: Carcinoma simplex des Uteruscervix; multiple, flache, genabelte Faserkrebse in Peritoneum und Pleura. Medullarkrebs der zwischen Uterus und Rectum gelegenen Lymphdrüsen.

Letztere bildeten 3 retroperitoneale Tumoren, wovon 2 untere mannsfaustgross und solide waren, der 3. mannskopfgross, die Nabelhöhe überragend, zu $^3/_4$ seiner Masse eine einfache, mit fadenziehendem Serum gefüllte Cyste darstellte. Ovarien und Tuben waren intact. Betreffs des Ursprungs der fraglichen Cyste plaidirt der Vortragende für schleimige Erweichung innerhalb des im Uebrigen mit den benachbarten Lymphdrüsencarcinomen identischen Tumors und empfiehlt bei der Diagnose der Unterleibsgeschwülste an Lebenden die Berücksichtigung dieses seltenen Vorkommnisses. **Rupprecht** (Halle).

Derselbe; ibid. — Multiple Sarcome.

Bei einem 3jährigen Knaben, der ohne Erscheinungen von Hirndruck (an intercurrenter Pneumonie) gestorben war, fanden sich multiple, weiche, gefässreiche Spindelzellensarcome und zwar: ein hühnereigrosses der rechten Nebenniere; ein diffus-periosteales der um die Hälfte verdickten, linken Unterkieferhälfte; mehrfache bis mannsfaustgrosse, von der dura mater ausgegangene an der rechten Hälfte des Schädeldaches. Letztere füllten die ganze vordere und den grösseren Theil der mittleren Schädelgrube rechterseits aus und hatten die Calvaria perforirt. Die bestehende praemature Synostose der auf der Aussenfläche des Schädels kielartig vorspringenden Pfeilnaht erklärt der Vortragende durch den Reiz des Tumors. Die consecutive Dolichocephalie (Schädel 7″ lang und $4^3/_4$″ breit) sei hinreichend gewesen, um weder eine wesentliche Abplattung der Gyri, noch Hirndruckerscheinungen intra vitam zu Stande kommen zu lassen. **Rupprecht** (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 18. Sonnabend, den 1. August. 1874.

Zur Kenntniss des Genu valgum.

Von

Dr. Girard in Strassburg i/E.,

erstem Assistenten der chirurg. Univ.-Klinik.

Das Genu valgum zeigt das auffallende Symptom, dass die Abductionsstellung des Unterschenkels in vollständiger Flexion gänzlich verschwindet.

Diese Erscheinung wird jetzt bei allen Autoren so erklärt, dass hierbei die Tibia die schiefe Gehfläche der Femurcondylen verlassend, jetzt auf den hinteren oberen Abschnitten beider Condylen ruht. Und da letztere nie unter dem Einfluss einer abnormen Belastung sich befinden, so sollen sie die gleiche Höhe haben. — Diese scheinbar so rationelle Erklärung sowohl, als die anatomische Voraussetzung, auf welche sie sich stützt, ist unrichtig, und zwar beim rachitischen, wie beim statischen Genu valgum. Man vergisst, dass die Ursachen des Hervortretens des Condylus int. fem. auch am condyl. int. tibiae vor-

handen sind und ebenfalls eine Vergrösserung dieses letzteren bedingen, welche Vergrösserung sich am condyl. int. tibiae in einer Längenzunahme documentirt und zwar um 5—8 Mm. in nicht hochgradigen Fällen, um 15—20 Mm. und mehr bei schweren Formen. — Viele Autoren haben es übersehen oder nur angedeutet, wenige machten darauf näher aufmerksam und merkwürdigerweise hat Niemand dieses Factum für die Erklärung des Mechanismus des Genu valgum verwerthet.

Thatsächlich ist nun, dass nicht nur beim Genu valgum mittleren Grades, sondern auch bei den hochgradigsten Formen, wo der Cond. int. tibiae um 20 Mm. und mehr höher ist, als der andere, die Abduction des Unterschenkels in der Beugestellung gänzlich verschwindet. In einzelnen seltneren Fällen tritt aber selbst eine Adduction des Unterschenkels ein. Es ist dagegen klar, dass im Gegentheil wegen der ungleichen Höhe der Schienbeinknorren die Ferse statt nach innen, sich nach aussen stellen müsste, wenn angenommen wird, dass die oberen hinteren Abschnitte beider Femurcondylen auf gleicher Höhe stehen. Der Unterschenkel, mit anderen Worten, müsste sich bei der Flexion in Abductionsstellung befinden, wenngleich in geringerem Maasse, als bei vollständiger Streckung.

Um eine richtige Erklärung für diese Erscheinung zu haben, muss man annehmen, dass die oberen hinteren Abschnitte beider Femurcondylen, trotzdem sie einer abnormen Belastung nie ausgesetzt wurden, doch nicht auf gleicher Höhe stehen, so dass die Schiefheit der Tibiagelenkfläche compensirt wird. Wir konnten uns in der That davon nicht nur durch zahlreiche Palpationen an Lebenden, sondern auch bei der Besichtigung von Präparaten von Genu valgum staticum mittleren Grades überzeugen.

Diese anatomische Disposition ist überdiess die einzige, welche unseren jetzigen Kenntnissen über das Knochenwachsthum entsprechen kann.

Bei den im Wachsthum begriffenen Individuen, welche hier gerade allein in Betracht kommen, ist es vorauszusehen, dass Veränderungen in den Belastungsverhältnissen der Condylen, nicht nur auf die unmittelbar getroffenen Theile einwirken, dass wir es am Condylus externus nicht mit einer einfachen Abschleifung und Facettenbildung und am Cond. int. mit einer einfachen Auftreibung der Gehfläche zu thun haben. Im Gegentheil, und es ist der zu wenig betonte Punct, wir wissen, dass die Belastung des Knochens ihren Einfluss auf dessen ganze Architectur geltend macht. Eine Veränderung in der normalen Belastung eines Condylus muss sich durch die ganze Epiphyse bis zum Diaphysenknorpel fortpflanzen, der weiterhin auf das Längenwachsthum der Diaphyse selbst modificirend einwirken wird. So ist zu erwarten, und man findet es in der That, dass in Folge des verstärkenden, resp. hemmenden Einflusses der abnormen Druckvertheilung auf beide Condylen, der verticale Durchmesser am Cond. int. zwar verlängert und am Cond. ext. verkürzt ist, dass jedoch die

Schiefheit der Stehfläche der Femurcondylen hauptsächlich auch durch eine Längendifferenz der beiden seitlichen Diaphysenhälften bedingt wird.

Dieser Längenunterschied giebt den Hauptgrund ab dafür, dass der Cond. int. nun in seiner Gesammtheit tiefer steht, als der Cond. ext. Obige Verhältnisse sind am sog. Genu valgum staticum sehr rein zu sehen, während sie beim Genu valgum rachiticum, wo sie übrigens gleichfalls existiren, durch gewisse Verbiegungen meistens complicirt werden, die hier nicht weiter erörtert werden können.

Kronid Slavjansky. Ueber die Abhängigkeit der mittleren Strömung des Blutes von dem Erregungsgrade der sympathischen Gefässnerven.

(Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig 1874.)

Durch eine grössere Versuchsreihe, welche an der vena cava inf. und art. carotis junger Hunde und Kaninchen angestellt wurde, sucht S. zu eruiren, ob während der gleichzeitigen Reizung einer grossen Zahl von sympathischen Gefässnerven die Geschwindigkeit des Gesammtblutstromes vermehrt oder vermindert werde. Gleichzeitig mit der Bestimmung der Geschwindigkeit der strömenden Blutvolumina aus der vena cava inf. wurde auch der Druck in der Carotis gemessen. Die vena cava inf. wurde deshalb zu den Versuchen benutzt, weil ihr Blut durch Muskeln, Knochen, Haut und Baucheingeweide strömt, also durch Organe, welche in der verschiedensten Abhängigkeit von den Gefässnerven stehen. Die an der vena cava erhaltenen Resultate wurden an der Carotis in einer 2. Versuchsreihe controllirt; das aus der Carotis aufgefangene Blut wurde mit dem Apparat von Tappeiner (Arbeiten aus der physiol. Anstalt zu Leipzig 1872) gemessen, während in die andere Carotis ein Hg.-Manometer eingebracht wurde.

Während des ruhenden und gereizten Rückenmarks des curarisirten Thieres erhielt S. folgende Resultate:

1) Die Menge der Blutflüssigkeit, welche durch das Herz geht, ändert sich mit der Reizung des Rückenmarks; nach Durchschneidung des Rückenmarks sinkt sie unter die Norm, nach Reizung desselben steigt sie um das 5—6—10fache.

2) Mit dieser Vermehrung des durch das Herz strömenden Blutes steigt auch bei Reizung des Rückenmarks, resp. der sympathischen Gefässnerven der Druck im Aortensystem, weil der Inhalt des einen Theils des Gefässsystems (vena cava inf.) durch die Reizung der gefässverengenden Nerven in die Aorta getrieben wird und hier den Inhalt und den Druck vermehrt.

Um die Richtigkeit der erhaltenen Thatsachen zu controlliren, wurde das durch die Reizung der sympathischen Gefässnerven geschlossene oder wenigstens verengte Gefässgebiet künstlich abgesperrt durch Ligatur der Darmarterien, der vena portarum und Reizung des nerv. splanchn. S. erhielt folgende Resultate:

1) Ligatur der art. coeliaca, mesenter. sup. und inf. — Hemmung des Aortenstromes und somit Hemmung des Blutabflusses in ein weites Gebiet. — Die Geschwindigkeit der strömenden Blutmenge in der vena cava ist etwas vermindert, der Druck im Aortensystem vermehrt.

2) Ligatur der vena portarum. — Ausweitung des Stromgebietes der Unterleibsgefässe und Füllung mit Blut. — Druck im Aortensystem vermindert bis zum Tode, Verminderung der strömenden Blutvolumina.

3) Reizung des n. splanchnicus. — Verschliessung der Unterleibsarterien und Entleerung des Blut-Inhaltes. — Druck im Aortensystem vermehrt, Vermehrung der strömenden Blutvolumina.

(Die Untersuchungen S.'s haben ein ganz besonderes praktisches Interesse. Wir lernen daraus, weshalb z. B. im Fieberfrost eine Vermehrung des Drucks und der Stromgeschwindigkeit im Aortensystem stattfinden muss, weshalb ferner bei Neuralgieen des nerv. splanchnicus starke Füllung und Stauung im Gebiete der vena portarum eintritt. Ganz besonders interessant ist die durch Ligatur der vena portarum erhaltene Thatsache, dass in Folge der Unterbindung dieser Vene der Druck im Aortensystem immer mehr abnimmt, bis beim Hunde nach 20—24 Stunden, beim Kaninchen schon nach 1—2 Stunden der Tod eintritt. Diese Thatsache ist um so wunderbarer und dunkler, als die vena portar. des Kaninchens vielleicht nur 15 gr. Blut enthält, welches man unbeschadet dem Thiere durch Aderlass entziehen kann. Vielleicht liegt in dieser physiologisch noch nicht erklärten Thatsache auch die Ursache für den letalen Ausgang jener Fälle von Unterleibs-Contusionen, bei welchen die Section keine sichtbare Verletzung innerer Organe ergiebt. Es ist denkbar, dass hier der Blutabfluss aus den Unterleibsvenen zum Theil dadurch behindert wird, dass die Venen durch Nerveneinfluss abnorm erschlaffen und dass dadurch der Druck im Aortensystem abnimmt und in Folge dessen der Tod eintritt.

Eigenthümlich und unklar ist schliesslich, weshalb z. B. nach Transfusionen nicht die Erscheinungen des erhöhten Drucks und der Vermehrung des Blutinhaltes am Gefässsystem auftreten, wie es S. nach Austreibung des Blutes aus der vena cava in das Aortensystem beobachtete. Ref.) **Tillmanns** (Leipzig).

Oscar Hasse. Die Lammbluttransfusion beim Menschen.
Verlag von **E. Hoppe** in St. Petersburg. 1874.

Franz Gesellius. Zur Thierbluttransfusion beim Menschen.
Derselbe Verlag 1874.

H. berichtet zunächst über 16 Fälle von Transfusion mit defibrinirtem venösem Menschenblute (ein Aderlass wurde in keinem der Fälle der Bluteinspritzung vorausgeschickt). Die erzielten Resultate fasst Verf. in folgenden Puncten zusammen:

1) Die Transfusion hatte in keinem Falle nachtheilig gewirkt.

2) In 9 völlig unheilbaren Krankheitszuständen hat sie das drohende Ende aufgehalten und den betreffenden Pat. noch einige Wochen relativen Wohlseins verschafft. Es handelte sich um: Pyämie (1 Mal), hochgradigen Ascites und Anasarka (1 Mal), Phthisis im letzten Stadium (4 Mal), Vereiterung der Cervicaldrüsen mit käsiger Pneumonie und Diarrhöen (1 Mal), recidivirende Pleuritis mit chronischer Laryngitis und Bronchopneumonie (1 Mal).

3) Die Transfusion hatte in 4 anderen Fällen vollständige und dauernde Genesung von ziemlich verzweifelten und anscheinend unheilbaren Uebeln herbeigeführt. Als solche werden beschrieben: ein Fall von eitriger Zerstörung der linken Lunge, zwei Fälle von hochgradiger Chlorose und ein Fall von chronischem Siechtum in Folge von vernachlässigtem Magen-Darmkatarrh bei einem 3jährigen Knaben.

4) In 3 Fällen endlich war nur eine geringe Besserung bewirkt, und handelte es sich hier 2 Mal um chronische Anämie gleichzeitig mit erheblichen hysterischen Beschwerden, 1 Mal um chronischen Magen- und Darmkatarrh bei einem $1^1/_2$jährigen Mädchen, wo beim völligen Sinken der Kräfte noch eine Transfusion von 30 Gr. Blut versucht wurde. Der Tod erfolgte 3 Tage nach der Einspritzung. Section nicht gestattet.

Obige Erfolge gaben dem Verf. die Einsicht, dass die Transfusion mit defibrinirtem venösen Menschenblute eine sowohl leicht ausführbare, und bei gehöriger Vorsicht gefahrlose Operation, als auch ein lebensrettender Eingriff sei gegen manches anderweitig unheilbare Uebel.

Durch die wohl bekannte Arbeit von F. Gesellius (die Transfusion des Blutes, St. Petersburg 1873) auf die Transfusion mit arteriellem Lammblut aufmerksam gemacht, wandte Verf. nunmehr dieser Methode seine volle Thätigkeit zu und bespricht in der zweiten Hälfte seiner Abhandlungen die auf diesem Gebiete gesammelten Erfahrungen. Er hat 15 einschlägige Transfusionen beschrieben und bemerkt in einem Nachtrag, dass er während des Druckes noch sechs weitere directe Blutüberleitungen ausgeführt habe. — Ein Fall endete tödtlich. Hier war die Transfusion gegen Paralysis agitans angewandt worden. Die Obduction konnte nicht gemacht werden. In drei Fällen war keine nennenswerthe Besserung erzielt worden. (Senkungsabscesse in Verbindung mit Spondylitis der Lendenwirbel; Carcinoma ventriculi; Gangraena pulmonum.) Zehn Fälle dagegen bezeichnet Verf. als perfecte Heilungen. Als solche sind verzeichnet: Schmerzen in Magen- und Lebergegend nach überstandener Diphtheritis mit folgendem schweren Magen- und Darmleiden (Fall 17), Infiltration der Lungenspitzen mit Appetitlosigkeit, grosser Prostration der Kräfte und Abmagerung (Fall 18), Metrorrhagie bei placenta praevia marginalis bei einer bereits durch frühere Blutverluste anämisch gewordenen Mehrgebärenden (Fall 19), Verdichtung der rechten Lungenspitze und Gefahr einer progredienten Phthisis nach starken Blutverlusten bei der Entbindung (Fall 22), äusserste Cachexie nach überstandener Peri-

typhlitis mit zurückgebliebenen Exsudatresten und chronischer Lungenaffection (Fall 23), Hydrämie mit Menorrhagieen, als Ueberbleibsel einer schweren Peritonitis, welche sich zu einem beträchtlichen tiefen Dammriss hinzugesellt hatte (Fall 24), Anämie mit gleichzeitigem chronischem Uterinleiden (Fall 25), Anämie und Affection der Lungenspitzen nach einer Krankheit mit typhösem Verlauf (Fall 26), allgemeine Schwäche mit dunklen Symptomen seitens der Respirationsorgane und Affection des Nervensystems (Fall 27) und Chlorose (Fall 28). Wenn auch die ausführlichen Krankengeschichten oft der wissenschaftlichen Präcision in Bezug auf Diagnose- und Indicationsstellung ermangeln, wenn auch hier und da eine zu sanguinische Auffassung der erzielten Erfolge sich kundgiebt, so verleiht dagegen die sorgfältige Beobachtung der durch die Transfusion als solche bedingten Erscheinungen den Berichten des Verf.'s ein unbestreitbares Interesse. Wir wollen versuchen, das Wesentliche hier wiederzugeben. — Verf. behauptet zunächst, dass in der Transfusion eine wesentliche »Hülfe« gegen Phthisis pulmonum gefunden sei. Nicht nur der augenblickliche allgemeine Erfolg sei ein überraschender und grossartiger, sondern auch »das Localleiden bessert sich nachweisbar fortdauernd«. Gewiss wird dieser Satz durch noch zahlreichere und länger dauernde Beobachtungen als es bisher geschehen, zu prüfen sein. — Als die beiden Hauptvorzüge der directen Thierblut-Transfusion vor der indirecten führt H. an, dass erstere wirksamer und von dauerndem Erfolge sei, und dass man zweitens einem Kranken Hülfe bringen kann, ohne einen anderen gesunden Menschen zu schädigen, Vorzüge, für die bereits Gesellius in seiner citirten Monographie sehr warmeingetreten war. — In Betreff der Quantität des überzuleitenden Blutes meint H., müsse man so viel überströmen lassen, wie der Kranke vertragen kann. Man solle die Transfusion beenden, sobald die Dyspnoe hochgradig wird, oder der Pat. das Abbrechen der Operation fordert. Bei chronischen Krankheiten seien Blutmengen von 100—150 Ccm. am dienlichsten; manchmal genügen 50—100 Ccm.; bei Kindern reiche man mit 30 Ccm. Blut gewöhnlich aus. — Eine jede Depletion verwirft Verf. mit Recht bei allen Operationen, die man gegen Anämie und Schwächezustände unternimmt. Wäre Verf. bei obigen empirischen Schätzungen geblieben, oder hätte er denselben durch Wiegen der Thiere vor und nach der Transfusion, eine reelle Basis gegeben, so würde er sich und der Methode die Vorwürfe von seiten der Fachgenossen über die Unmöglichkeit eine genauere Dosirung der eingeführten Blutmengen erspart haben. Der vom Verf. eingeschlagene Weg, aus der Ausflussgeschwindigkeit des nach der Transfusion im Messcylinder aufzufangenden Blutes, die Menge des in den Körper eingeführten zu berechnen, ist physiologisch roh und unexact. Auch ist nicht ersichtlich, wie Verf. aus den gegebenen Daten zu der Berechnung oder selbst nur Schätzung der in die Vene seiner Pat. übergeströmten Blutmengen gekommen ist. Trotz mangelnder Angaben über Körpergewicht der Thiere sind doch die relativ grossen

Blutquantitäten, welche die zu den Transfusionen benutzten Lämmer gegeben haben, bemerkenswerth im Vergleich z. B. mit den viel geringeren Mengen von Blut, die man aus gleich grossen Hunden gewinnen kann. Die Gründe, warum Verf. für die Transfusion 1—2 Monate alten Lämmern vor älteren den Vorzug geben möchte, liegen einestheils in der leichteren Handhabung der jungen Thiere. Und dann fürchtete H., dass auch aus grösseren Thieren das Blut unter zu starkem Druck (wie stark?) in den menschlichen Körper einströme (Ref. verweist auf die auf dem III. Chirurgencongress von Prof. Thiersch gegen die Benutzung von Lämmern überhaupt gemachten Einwände). Die bei den indirecten Transfusionen injicirten defibrinirten Blutmengen betrugen 100, 150, 60, 30, 20 (Kind), 90, 120, 30, 50, 150, 60, 150, 30 (Kind), 50 (Kind), 90 und 120 Ccm. — Die bei den directen Transfusionen übergeflossenen Blutquantitäten »schätzt« H. auf: 150, 150, 200, 100, 125, 150, 200, 150, 200, 150, 110*), 140*), 180*), 117*) und 72*) Ccm. Er folgert daraus, dass der kranke menschliche Körper im Allgemeinen die directe Transfusion arteriellen Lammblutes weit besser verträgt, als die indirecte Transfusion defibrinirten Menschenblutes. —

Was endlich die bei Lammbluttransfusionen beobachteten Erscheinungen anlangt, so sind dieselben kurz folgende: zunächst höchstens ein Gefühl von Wärme in dem Arm, an welchem die Ader geöffnet worden. Bald Röthung der Haut, starke Füllung der Hautvenen, besonders auf der Stirn (Stauungssymptom). Dann beginnt Dyspnoe, gefolgt von einem Gefühl von Vollsein des Leibes, von Uebelkeit, Brechneigung, ja selbst von unwiderstehlichem Stuhldrang. Auch Kopfschmerz, Schwindel und kurze Bewustlosigkeit wurden beobachtet. Nie ganz fehlend erschien ein fixer Kreuzschmerz, oft, mit einigen Remissionen, Stundenlang andauernd. — Zehn Minuten bis 1 Stunde nach der Transfusion stellte sich Frost ein, oft zum heftigen Schüttelfrost gesteigert, dann ein Hitzestadium mit Erhöhung der Körpertemperatur um mehrere Grade. Häufig folgt ein Ausbruch von Schweiss, dann bei grosser Ermattung anhaltender Schlaf, aus dem Pat. gekräftigt erwacht. Der schon einige Stunden oder erst am nächsten Morgen nach der Operation gelassene Urin von schwärzlich rother Farbe enthält öfters Eiweiss und Blutfarbstoff, nie Blutkörperchen. — Einige Tage nach der Transfusion wird fast constant ein Urticariaexanthem beobachtet. Die Erklärung der einzelnen Symptome ist im Original zu vergleichen, wenn sie auch auf lauter Vermuthungen basirt, denen der experimentelle Nachweis bisher noch fehlt. Den Schluss bildet ein Abschnitt über die Technik der Transfusion. — Als Indicationen für die directe Lammbluttransfusion stellt H. auf acute und chronische Anämie und deren Folgezustände, sowie »jegliches Siechthum nach acuten und chronischen Krankheiten«. Eine bestimmtere Fassung der Indicationen wird allein der zunehmenden

*) Wahl engerer Kanülen.

Sucht steuern, die directe Thierbluttransfusion gegen alle möglichen Leiden zu empfehlen und so eine der trefflichsten chirurgischen Encheiresen vor der Gefahr bewahren, zu einem Universalmittel zu werden. —

Gesellius fügt in seiner Skizze zwei weitere Fälle von directer Lammbluttransfusion zu denen von H. Der erste betraf hochgradigen Marasmus mit unstillbarem Erbrechen, nach überstandenem Typhus mit Lungenentzündung. Die Transfusion brachte nur vorübergehenden Erfolg. Der tödtliche Collaps erfolgte 3 Wochen später. Die zweite Operation wurde bei einem jungen Mann ausgeführt mit verkästen Lymphdrüsen am Halse und Verdichtung beider Lungenspitzen, bei hohem Fieber, starker Abmagerung, quälendem Husten, Nachtschweissen u. s. f. Für den Augenblick war der Erfolg ein ausgezeichneter. Doch schon nach 8 Tagen stellte sich eine Verschlimmerung ein, die dem Verf. eine Wiederholung der Transfusion als wünschenswerth erscheinen liessen. Er schliesst daran die Meinung, man solle den Pat. dieser Categorie stets möglichst viel Lammblut zuführen. Merkwürdigerweise fasst er aber das von H. beschriebene Symptom des starken Anschwellens der oberflächlichen Venen auf als bedingt durch strotzende Füllung derselben mit Lammblut (?). Die Ausführungen des Verf.'s über seinen Apparat im Vergleich zu den H.'schen Glaskanülen können übergangen werden. G. behauptet, dass eine Interpositionsröhre von Kautschuk zuerst und am meisten die Gerinnung des Lammblutes befördere. Nur durch Uebergiessen der Röhre mit heissem (!) Wasser könne man letztere verhindern. Er habe gebrauchte H.'sche Röhren mit kochendem (!) Wasser gereinigt, getrocknet und dann auf der Innenfläche der Röhre, mit Hülfe des Mikroskops (!), kleine Gerinnselchen nachgewiesen. (Glaubt Verf. wirklich an die gerinnungshemmende Wirkung des heissen Wassers? Ref.). Als Surrogat für Kautschuk schlägt G. vor, ein flexibles Zwischenstück dadurch zu schaffen, dass man die Carotis des Lammes in einer Länge von 4 Zoll völlig isolirt, peripher, etwa in der Höhe des Unterkiefers durchschneidet und hier unter Cautelen eine Glaskanüle einbindet, die dann mit ihrem anderen Ende gleich in die Vene des Pat. eingeführt wird. — Ob Verf. diesen allerdings sehr einfachen Operationsplan schon praktisch probirt hat, ist noch nicht bekannt. Er möchte, dass auch auf's Schlachtfeld Lämmer mit so präparirten Carotiden mitgenommen würden. Sonst ist aus der Arbeit von G., die leider durch ihren feuilletonartigen Stil unangenehm berührt, noch der besonders für grosse Städte wohl zu beachtende Vorschlag hervorzuheben, im Nothfall statt eines Lammes einen Hund zur Transfusion zu benutzen. Seine Blutkörperchen ergeben sich kleiner, als die menschlichen. Katzen seien wegen der zu grossen Blutkörperchen nicht zu benutzen. Ob Kaninchen zu gebrauchen sind, lässt Verf. unentschieden, da er mit Recht zweifelt, ob diese Thiere genügende Blutquantitäten liefern würden.

Lesser (Berlin).

J. K. Proksch. Ueber Endoskopie und Urethroskopie.

(Wiener med. chirurg. Centralblatt 1874. No. 18 u. 19.)

Henry Diek kannte das Endoskop schon vor 1860 und ist der erste Schriftsteller, der es erwähnt. Von den einschlägigen Arbeiten ist die von Désormeaux die bekannteste und sein Instrument das verbreitetste. Während dieses aus dem mit einer Gasogen-Lampe versehenen Beleuchtungsapparat und einer Röhre besteht, die das Licht durch einen innen geschwärzten, mit einem gläsernen Fenster versehenen Catheter auf das Object leitet, benutzte Reder gerade, innen geschwärzte und vorne trichterförmig erweiterte Röhren und einen gewöhnlichen Beleuchtungsspiegel. Grünfeld empfiehlt in neuester Zeit vier verschiedene Röhren. Zu gewöhnlichen Untersuchungszwecken genügt der von Reder angegebene Apparat; nur schliesst Grünfeld* das Rohr durch ein schräg eingefügtes Planglas ab. — Bei einer zweiten zu therapeutischen Zwecken verwendbaren Form fehlt bei der sonst genau so construirten Röhre das Glas, und die Einführung wird durch einen das hintere Fenster verstopfenden Conductor ermöglicht. Die Untersuchung geschieht beim Zurückziehen der Röhre. Eine dritte Form soll die Untersuchung der Harnröhrenschleimhaut ermöglichen, ohne sie zu drücken. Das cylindrische Rohr besteht aus 2 zusammenschraubbaren Theilen; der vordere längere hat an seinem hinteren Ende eine Glaswand, der hintere massive, konisch endigende, an seinem vorderen Ende einen unter 45° stehenden, dem Glasfenster gegenüberliegenden Spiegel. Eine vierte Form unterscheidet sich von dem Désormaux'schen Instrumente dadurch, dass die wallartige Erhebung um das Fenster des Catheters weggelassen ist. — Grünfeld demonstrirte in der Gesellschaft der Aerzte in Wien zahlreiche, durch diese Untersuchungsmethode gewonnene Bilder von Erkrankungen der Harnröhren- und Blasenschleimhaut.

C. Weil (Prag).

E. Bouqué und H. Leboucq. Observation de sarcôme de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.

Gand. 1874.

Ein 40jähriger Farmknecht erlitt, nachdem er schon früher lange Zeit Schmerzen in der rechten Schultergegend verspürt hatte, einen Fall auf diese Seite, worauf sich sofort heftiger Schmerz der rechten Schulter, der nicht wieder verschwand, und dauernde Functionsbehinderung des rechten Arms einstellten. Sieben Monate nach dem Falle wurde er in die chirurg. Klinik zu Gent aufgenommen und nach einigen Tagen, nach einer von einer starken Haemorrhagie gefolgten Probeincision (!), von Prof. Soupart die Entfernung des vermeintlichen cavernösen Carcinoms trotz bestehendem Erysipel, heftigem Fieber und sehr schwachem Puls beschlossen und die Exarticulation des humerus und gleichzeitige Abtragung des Acromions bei

dem stark heruntergekommenen Pat. ausgeführt. Da die Esmarch'sche Constriction wegen der Grösse des Tumors nicht befriedigend ausgeführt werden konnte und schon bei dem ersten Hautschnitt eine starke venöse Blutung erfolgte, wurde unmittelbar nach demselben die Unterbindung der a. subclavia oberhalb des Schlüsselbeins vorgenommen und dann erst die Exarticulation mit Bildung eines grossen hinteren Haut-Fleischlappens vollendet. Die Wunde sollte vereinigt und nach Guérin verbunden werden, als Pat. — exspirirte.

Die vorgenommene Section der Leiche des Pat. ergab ausser hochgradiger Anämie (!) sämmtlicher Organe nichts Pathologisches (!).

Die anatomische Structur des Tumors erwies sich unter dem Mikroskop an verschiedenen Stellen des Tumors verschieden; zum grössern Theile entsprach sie dem Bau des Rundzellen- (Virchow) oder Granulationssarkoms (Billroth); einzelne kleinere Stellen dagegen trugen deutlich den Charakter des alveolären Sarkoms (Billroth) und waren dem Carcinom so ähnlich, dass man den ganzen Tumor auch als eine Combinationsgeschwulst, als ein Sarcoma carcinomatodes (Rindfleisch) auffassen konnte.

Im Uebrigen enthält die an allzu grosser Weitschweifigkeit leidende Abhandlung nur Bekanntes. **Krönlein** (Berlin).

Dr. Burchardt, Oberstabsarzt in Berlin. Eine für die militärärztliche Praxis geeignete Modification der Lister'schen antiseptischen Verbandmethode.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1874. Hft. 2.)

B. empfiehlt folgende Abänderung des Lister'schen Carbol-Schellack-Pflasters: eine der Tischlerpolitur ähnliche Mischung von 10 Acid. carbol. cryst., 30 Spir. vini rect. und 60 Schellack wird mit einem Tuschpinsel auf Leinewand gestrichen und dieses Pflaster in grösserer Ausdehnung auf die vorher gereinigte und desinficirte Wunde unter den bekannten Cautelen aufgeklebt. Grösse des Pflasters und Anzahl der mehrfach über einander gelegten Lagen richtet sich nach der Ausgiebigkeit der zu erwartenden Absonderung. Das Ganze deckt ein grösseres Blatt Stanniol. — Als Vorzüge dieses Verbandes vor dem »genuinen« Lister'schen Verfahren hebt B. namentlich die Billigkeit, grössere Einfachheit und leichte Beschaffung des Materials hervor. Anlegung und Wechsel dieses Schellack-Verbandes erfolgen ganz nach den bekannten Regeln des Lister'schen Verfahrens. — Anstatt des Apparats zum Carbol-spray mit Kautschukgebläse bedient sich B. eines einfachen Dampfkessels von 1—200 grm. Inhalt, welcher in ein spitzes gebogenes Rohr ausläuft und mittelst einer Spirituslampe geheizt wird. Durch eine laternenartige Vorrichtung um letztere soll das Flackern des Lichts verhütet werden.

Eine Anzahl mitgetheilter Heilresultate illustriren die Brauchbarkeit der B.'schen Methode und ihre Ersatzfähigkeit für das umständlichere Lister'sche Verfahren. **Arn. Hiller** (Minden).

Laton (Reims). Traitement complémentaire du cancer opéré; injections substitutives dans les parties menacées de récidives.

(Bulletin général de thérapeutique 1874. No. 8.)

Verf. empfiehlt auf's Wärmste die parenchymatösen Einspritzungen von Jod und Chlorzinklösungen bei Krebsrecidiven, insbesondere in Lymphdrüsen.

In einem Fall sah er eine stark geschwollene Lymphdrüse am Unterkiefer bei Zungencarcinom durch zweimalige Einspritzung eines Gramms Jodtinctur nach sechs Monaten schwinden.

In einem anderen Fall trat drei Monate nach der Exstirpation eines Mammacarcinoms ein Recidiv in einer Achseldrüse ein. Eine Einspritzung von 20 procentiger Chlorzinklösung brachte die Drüse ebenfalls zum vollständigen Schwinden.

Im ersten Falle wurde die Heilung 11 Jahre, im zweiten 14 Monate nach den Einspritzungen constatirt.

Girard (Strassburg i/E.).

Carl Fehst. Ueber das Verhältniss der Länge des Rückenmarks zur Länge der Wirbelsäule.

(Inaug.-Diss. St. Petersburg. 1874. russisch.)

Verf. hat zur Controlle der theils sich wiedersprechenden, theils unwahrscheinlichen Angaben über diesen Gegenstand auf Initiative des Ref. Untersuchungen an Cadavern verschiedenen Alters und Geschlechts ausgeführt. Bei 12 Leichen erwachsener Männer betrug die mittlere Länge des Rückenmarks 45 Cm., die der Wirbelsäule 73 Cm. (bei einer mittleren Körperlänge von 168,6 Cm.); bei 12 Frauenleichen war die mittlere Länge des Rückenmarks = 43,8 Cm., die der Wirbelsäule = 68,2 Cm. (bei einer Körperlänge von 157 Cm.). Die von Cruveilhier und Henle angegebene Länge des Rückenmarks (bei ersterem 30—36 Cm., bei letzterem 35—40 Cm.) ist somit nicht richtig. Es ergiebt sich aus den angeführten Zahlen, dass bei Männern das Verhältniss der Länge des Rückenmarks zur Länge der Wirbelsäule und zur Körperlänge sich wie = 1 : 1,62 : 3,76, bei Weibern wie = 1 : 1,56 : 3,58 verhält. Es ist somit bei Weibern das Rückenmark absolut kürzer, als bei Männern (wegen der geringeren Körperhöhe bei ersteren), relativ jedoch länger. Daraus folgt, dass sich bei Frauen der Conus medullaris weiter in den Wirbelcanal herab erstreckt als bei Männern. Directe Untersuchungen in dieser Beziehung ergaben folgende Resultate: nur in einem Falle entsprach die Spitze des Conus medullaris beim Manne dem obern Rande des ersten Lendenwirbels, ebenso reichte sie nur in einem Falle bis zur Mitte des zweiten Lendenwirbelkörpers herab. In allen übrigen Beobachtungen endigte das Rückenmark bei Männern entweder in der Mitte,

oder an dem untern Rande des ersten Lendenwirbels. Bei Frauen erreichte das Rückenmark in 3 Fällen den untern Rand des ersten Lendenwirbels, in anderen 3 Fällen den untern Rand des zweiten Lendenwirbels, in den übrigen Fällen entsprach es der Mitte des zweiten Lendenwirbels. Man kann daher ohne grossen Fehler als äusserste Grenze des Rückenmarks bei Männern den ersten, bei Weibern den zweiten Lendenwirbel annehmen. Es erscheint somit die Richtigkeit der von allen späteren Autoren nachgeschriebenen Angabe Keuffel's, dass bei erwachsenen Menschen die untere Spitze des Rückenmarks vom 11. Rücken- bis zum 3. Lendenwirbel gelagert angetroffen wird, im höchsten Grade zweifelhaft. Ebenso wenig konnte Verf. die von manchen Autoren (Cruveilhier, Hyrtl, Henle u. A.) gemachte Angabe, dass der Conus medullaris bei verschiedenen Körperstellungen seine Lage wechsele, bestätigen. Nie sah er denselben bei starker Vorwärtsbeugung des Rückgrats in die Höhe und bei starker Rückwärtsstreckung nach unten rücken; am geöffneten Rückgratscanal sah man bei diesen Versuchen nur im ersten Falle eine Faltung, im zweiten eine geringe Drehung der das Rückenmark umgebenden Membranen, namentlich der Pia mater ohne Verschiebung des ersteren. Dasselbe negative Resultat erhielt Verf., wenn er in verschiedenen Körperstellungen ein Scalpel durch eine der Cartilagines intervertebrales und das Rückenmark durchstiess. Auch bezweifelt er die Richtigkeit der von Hyrtl gemachten Angabe, dass bei Kyphotischen das Rückenmark höher, als im Normalzustande zu liegen komme. Er hat zwar keine directen Untersuchungen in diesen Beziehungen machen können; da jedoch bei Frauen, deren einzelne Rückgratskrümmungen bedeutend stärker sind, als bei Männern, das Rückenmark niedriger zu liegen kommt, als bei Männern mit schwach ausgeprägten Rückgratskrümmungen, so glaubt er darauf ein Hinaufrücken des Markkegels bei Kyphotischen in Zweifel ziehen zu dürfen, um so mehr, als auch Hyrtl's Angaben keine directen Beobachtungen vorausgegangen zu sein scheinen. — Die Untersuchungen an Kinderleichen führten zu dem Resultat, dass ein geschlechtlicher Unterschied in der Länge des Rückenmarks und seines Verhältnisses zur Wirbelsäule fast nicht existirt. Bei 6 männlichen Leichen (im Alter von 1 bis 3 Monaten) betrugen die Verhältnisse der Länge des Rückenmarks zur Länge der Wirbelsäule und zur Körperlänge, wie 1 : 1,59 : 3,26, bei weiblichen Leichen derselben Altersstufe wie 1 : 1,58 : 3,20. Der Conus medullaris endigte in beiden Geschlechtern am untern Rande des zweiten Lendenwirbels. Von dem späteren Kindesalter standen Verf. nur die Leichen eines 4jährigen Mädchens und eines 13jährigen Knaben zur Verfügung. Bei ersterem waren die angegebenen Verhältnisse wie 1 : 1,56 : 3,44 und endigte das Rückenmark am untern Rande des zweiten Lendenwirbels, bei letzterem wie 1 : 1,59 : 3,78 mit einer Kegelendigung am unteren Rande des ersten Lendenwirbels. Es entsprechen somit die Verhältnisse von Rückenmarklänge und Wirbelsäulelänge im frühesten Kindesalter denen

erwachsener Weiber und es findet beim männlichen Geschlechte gewissermassen ein forcirtes Wachsthum der Wirbelsäule auf Kosten des Rückenmarks statt. **Heppner** (St. Petersburg).

Kleinere Mittheilungen.

Thomas Diver. Double Aneurysm, of the femoral and popliteal arteries.

(The Lancet 1874. No. 15. p. 509.)

D. fand bei einem 35jährigen, gut genährten Manne ein Aneurysma der Poplitea und eins der Cruralis dicht unter dem Poupart'schen Bande. Die Anamnese ergab nur wenig. Während langer Zeit Schwäche im kranken Beine, 5 Monate vor der Operation das Gefühl eines Schlages in der Kniekehle mit plötzlicher Schwellung. Unterbindung der Iliaca extern. Nach 48 Stunden Gangrän des Unterschenkels, am Fuss beginnend, grenzt sich zwischen mittlerem und unterem Drittel ab. 21 Tage später heftiges Fieber. Amputation des Oberschenkels im unteren Drittel. Besserung des Allgemeinbefindens. Am 28. Tage nach der Unterbindung fiel die Ligatur der iliaca. (Weiterer Verlauf?) **Leisrink** (Hamburg).

Robert Barnes. A contribution to the theory and practice of transfusion.

(The Lancet 1874. Jan. 3.)

Eine Frau war durch eine Blutung nach der Entbindung in grösster Lebensgefahr. Alle Symptome der absoluten Anämie waren vorhanden; dabei wurden alle Nahrungsmittel wieder ausgebrochen. 4 Unzen Blutes, einem Manne entzogen, defibrinirt und mit 2 Unzen einer Lösung von Kochsalz (welche Concentration?) und »andern« Salzen, wurden in eine Armvene der Patientin eingespritzt. Der augenblickliche Erfolg war ein guter, der Puls hob sich, der Körper wurde warm, die Respiration ruhig. Doch war die Besserung nur von kurzer Dauer; die Kranke starb 3 Stunden nach der Operation.

In den folgenden Bemerkungen spricht B. sich für directe Transfusion von Arm zu Arm aus, »wenn man die dazu nöthigen Apparate zur Hand habe«. Wenn dieses nicht der Fall ist, solle man defibriniren (?). **Leisrink** (Hamburg).

Figueira. Unblutige Operationen.

(New-York med. Journ. 1874. No. 2. p. 163.)

Verf. berichtet über 5 Fälle von Amputationen an den Gliedern aus dem Bellevue-Hospital in New-York, bei welchen die Esmarch'sche Methode der künstlichen Blutleere in Anwendung gezogen wurde. Er betrachtet das Verfahren mit Recht als einen bedeutenden Fortschritt und hat die von einzelnen Seiten her gegen dasselbe erhobenen Bedenken nach seiner Erfahrung nicht bestätigt gefunden. Namentlich hält er das Absterben von Lappen durch jenes Verfahren für nicht vermehrt, da unter seinen 5 Fällen nur in einem Falle ein partielles Absterben des Lappens beobachtet wurde, während vor der Einführung der Esmarch'schen Methode unter 40 Amputationen im Bellevue-Hospital in 24 Fällen eine grössere oder kleinere Partie der Lappen gangränös wurde.

Die Vortheile, welche sich bei der Anwendung der Esmarch'schen Methode gegenüber dem früheren Verfahren in den mitgetheilten Fällen ergaben, werden in folgende Sätze zusammengefasst: 1) Der Shok ist bedeutend geringer. 2) Die Heilung erfolgt rascher und mit weniger üblen Zufällen. 3) In solchen Fällen, wo die Ersparniss von einigen Unzen Blut für die Lebenserhaltung nothwendig sein kann, ist die Methode unschätzbar.

Die mitgetheilten 5 Operationsfälle betreffen je 2 Amputationen des Oberschenkels und Unterschenkels und eine Amputation des Vorderarms, beinahe sämmtlich wegen complicirter Fracturen. **P. Bruns** (Tübingen).

B. Fetzer. Ein Fall von Kniegelenksresection aus dem Stuttgarter Garnisonslazareth.

(Württemb. med. Corresp.-Blatt 1874. No. 18. p. 139.)

Bei einem 23jährigen Soldaten wurde wegen einer aus einer Verletzung (Hufschlag) hervorgegangenen Caries im Kniegelenke die Resection des Gelenkes ausgeführt. Bereits nach 4 Wochen konnte die Consolidation der Fragmente an der Resectionsstelle constatirt werden. **P. Bruns** (Tübingen).

R. F. Weir. Two cases of congenital curvature of the penis, with hypospadia and adhesion to the scrotum, successfully relieved by operation.

(New-York med. Journ. 1874. No. 3. p. 281.)

In dem 1. Falle, bei einem jungen Manne von 21 Jahren, war der stark nach abwärts gekrümmte Penis vollständig mit dem Scrotum verwachsen, indem sich die Scrotalhaut continuirlich über den Rücken desselben fortsetzte; die Glans war nicht bedeckt und theilweise beweglich; daneben bestand Hypospadie mittleren Grades. Die Operation bestand in einer Trennung des Penis vom Scrotum und Beseitigung der Curvatur desselben. Zuerst Bildung je eines Lappens aus der Scrotalhaut zu beiden Seiten des Penis zur Bedeckung der unteren Fläche desselben, dann Trennung der Urethra sammt ihrem corpus spongios. und der corpora cavernosa des Penis bis zur hinteren Fläche des Scrotum, hierauf Quertrennung des Septum der corpora cavern., welches als ein starker, gespannter Strang die Curvatur des Penis bedingte. Schliesslich Bedeckung der unteren Fläche des Penis mittelst der beiden seitlichen Hautlappen und Vereinigung der Scrotalwunde mit Vernähung der Harnröhrenschleimhaut mit dem hinteren Wundwinkel. Der Erfolg der Operation war »ausserordentlich befriedigend«.

In dem 2. Falle, bei einem jungen Manne von 23 Jahren, bei dem dieselbe Anomalie bestanden hatte, war der Penis bereits durch eine Operation im frühen Lebensalter von dem Scrotum abgetrennt worden, jedoch war derselbe sehr stark nach abwärts gekrümmt; die Harnröhre mündete am Damme dicht hinter dem Scrotum, weiter nach vorne fehlte sie sammt ihrem corp. spongios. vollständig. Es wurde mit gutem Erfolge die subcutane Durchschneidung des die Curvatur des Penis bedingenden, verkürzten Septum der corp. cavern. ausgeführt.

P. Bruns (Tübingen).

Uhde. Ueber einen mittelst Sehnenschnitts behandelten Fall von Myopachynsis lipomatosa (Griesinger's Muskelhypertrophie).

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 2. p. 517—521.)

U. tenotomirte einen 11jährigen, in Folge von lipomatöser Entartung der Wadenmuskulatur mit Varo-Equinus-Füssen behafteten Jungen an den Achillessehnen, verbesserte die vor der Operation fast ganz aufgehobene Gehfähigkeit und glaubt behaupten zu dürfen, dass von der genannten Krankheit befallene Muskeln, nachdem deren Sehne durchschnitten ist, nicht nur in Folge consecutiver Entzündung des Zellgewebes (rechts hatte sich nach dem Sehnenschnitte eine Eiterung in der Wade etablirt), sondern auch für sich an Umfang verlieren (?); und dass dadurch auch die übrigen, ebenso beschaffenen Muskeln desselben Gliedes verhältnissmässig dünner werden (?). **Wilh. Koch** (Berlin).

Godlee. Geschwülste.

(British med. Journ. 1874. Mai 16. p. 650. Pathol. Society.)

Ein 58jähriger Arbeiter hatte an der Vorderfläche des rechten Beins eine Geschwürsfläche, ohne besondere Schwellung der Inguinaldrüsen; es bestand eine schmerzlose, erbsengrosse Geschwulst in der rechten Leiste und jederseits eine gleichfalls schmerzlose, grössere Geschwulst im Scarpa'schen Raume, ausserdem Schwäche des linken Arms. Marshall (University College) entfernte die orangen-

grosse Geschwulst des rechten Oberschenkels; sie haftete an der fascia lata und sandte einen Ausläufer nach oben hin. 14 Tage nach der Exstirpation betrank sich Pat., bekam Erbrechen, war 3 Stunden ganz bewusstlos, dann leicht comatös und starb, ohne dass Convulsionen oder Lähmungen aufgetreten wären.

Die Section ergab zwei nussgrosse Tumoren in der Höhe des Centr. semiovale Vieussenii, einen in der Medulla, der bis an den hinteren Rand des Pons reichte; 2 Tumoren in der Herzmuskulatur; in der Lunge zahlreiche melanotische Heerde; in der Darmschleimhaut viele schwärzliche Stellen und becherförmige Geschwüre. Die Neubildungen hatten theils den Bau von Rund- und theils den von Spindelzellen-Sarcomen. **Pilz** (Stettin).

Betz. Volvulus, manuelle Zerreissung eines Pseudoligaments.

(Memorabilien 1873 Hft. 11. p. 493.)

B. (Heilbronn) konnte bei einer 35jährigen Frau im 3. Monate der Schwangerschaft eine eingeklemmte Schenkelhernie rechts leicht reponiren. 4 Wochen nach der Entbindung zeigten sich plötzlich alle Erscheinungen innerer Einklemmung. Die rechte Unterbauchgegend fest, vorgetrieben, sehr schmerzhaft, hier allein Dämpfung; das Eingehen in den Schenkelcanal empfindlich; keine Hernie in ihm. Da am 3. Tage des Darmverschlusses keine Aenderung des Zustandes, weder objectiv, noch subjectiv, eingetreten war, sollte der Bauchschnitt ausgeführt werden, um die angenommene Darmverschlingung zu heben. 2″ langer Schnitt über dem Schenkelcanale zwischen Spina ilei ant. sup. und Tuberc. pubis. bis aufs Peritoneum, vor dessen Eröffnung B. die Beweglichkeit des Darmconvolutes noch einmal untersuchte; dabei hörte man den Ton eines zerreissenden Fadens. Nach Zerreissung des Pseudoligaments lag die Möglichkeit der weiteren Entwicklung des Darmknäuels vor; Vereinigung der Fleischwunde. — Erbrechen und Schmerzhaftigkeit liessen nach, Geschwulst noch zu fühlen, aber weniger hart (Klysmata). Am folgenden Tage Abgehen von Flatus, später ausgiebige Entleerungen. Allgemeinbefinden vortrefflich. Eine Zeit lang geringe Empfindlichkeit in der rechten Unterbauchgegend, hier viel Kollern und das subjective Gefühl eines Knäuels von Därmen. Nach $3^1/_2$ Jahren ist die Frau ohne jede Beschwerde frei von der Hernie.

Pilz (Stettin).

A. Watson. Death caused by trusting a Bamboo stick into the rectum.

(The Indian med. Gaz. 1874. No. 3. p. 67.)

Einem 17jährigen Lancer wurde von einem betrunkenen Kameraden ein dickes Bambusrohr durch das Rectum in den Leib gestossen und mehrmals gewaltsam hin und her gezogen. Er starb erst 29 Tage nach der Verletzung an eitriger Peritonitis, trotzdem sich bei der Section das Rectum 2 Zoll oberhalb des Peritonealansatzes, der übrige Darmtractus (hauptsächlich Ileum) 8 Mal und das Mesenterium 1 Mal durchbohrt fanden. **A. Burger** (London).

Porter. Fall von Blasenstein aus Nierenstein entstanden; Steinschnitt, Nierenabscess, Peritonitis; Tod.

(British. med. Journ. 1874. Mai 9. p. 605.)

Ein 20jähriger Soldat empfand beim Turnen plötzlich Schmerzen im rechten Hypochondrium, die in Paroxysmen wiederkehrten; ein 4 wöchentlicher Hospital-Aufenthalt erzielte Besserung; nach 14 Tagen (am 30. Juli) musste er erneuter Schmerzens-Anfälle wegen von Neuem in's Krankenhaus gehen. Hier konnte er trotz blühendem Aussehen, Mangel jeder Athmungs- und Circulations-Störung nicht auf der rechten Seite liegen. Im etwas gespannten rechten Hypochondrium eine elastische, handtellergrosse Geschwulst, deren linker Rand abgerundet, deren rechter unregelmässig erscheint. Anfang October wird unter Auftreten von Frösten und starken Schweissen der Tumor schmerzhafter und grösser, Erscheinungen, die

sich seit den 28. Oct. verstärken. 29. heftiges Brennen beim häufigen Uriniren; der Urin enthält Tripel-Phosphate, Eiterkörperchen und Blasenepithelien. In den beiden nächsten Tagen bei reichlichem Eiterabgange durch den Harn, Verkleinerung der Geschwulst nnd Nachlass der Schmerzen. 1. Nov. Schmerzen im Verlauf des Ureters, erschwerte Urinentleerung. Mit dem Katheter wird jetzt ein harter Stein wahrgenommen; 17. Tumor ganz geschwunden, Urin normal. 4 Wochen später wird durch Seiten-Steinschnitt ein $1^1/_8$" langer, $^1/_3$" im Durchmesser haltender Stein leicht entfernt, hauptsächlich aus Harnsäure und Phosphaten bestehend. Seit 26. Dec. wiederholte Fröste, später Diarrhoe mit Tympanitis, und beim langsamen Sinken der Kräfte, der Tod. Die Section zeigt frische diffuse Peritonitis, in der rechten Lumbargegend am oberen Ende der rechten Niere ein Eiterheerd, ähnliche Eiterhöhlen im Innern der Niere mit starker Usur des Parenchyms. Der grosse Sack am oberen Ende der Niere zeigt in seiner verdünnten Wand 2 Perforationsöffnungen; Nierenbecken sehr erweitert, 6" von der Niere entfernt der Ureter über einem eingeklemmten Stein zu einer grösseren Höhle ausgedehnt, worin noch 2 Steine befindlich. Linke Niere und Blase gesund; Operationswunde verheilt. **Pilz** (Stettin).

Eduard Levinstein. Zur Casuistik der Chloral-Vergiftungen.

(Vierteljahrschft. f. gerichtl. Medicin Bd. XX. Hft. 2.)

Ein Mann von 35 Jahren wurde um 9 Uhr Morgens, nachdem er eine halbe Stunde zuvor 24 Gramm Chloral zu sich genommen, in die Maison de santé zu Neu-Schoeneberg gebracht. Patient lag im tiefen Schlafe, das Gesicht geröthet, die Venen gefüllt, die Respiration tief, Puls 100. — Kalte Umschläge auf den Kopf.

Nach einer halben Stunde: Gesicht und Kopf tief geröthet, Lippen und Wangen livid, Pupillen erweitert, Halsvenen strotzend gefüllt, Radialpuls hart und gespannt 92 in der Minute; Temperatur 39,5; Athmung stockend, unterbrochen. — Künstliche Respiration anfangs durch passive Bewegungen, später vermittelst des faradischen Stromes, wonach Besserung eintritt.

Wieder nach einer halben Stunde: Gesicht todtenbleich, Venen zusammengefallen, Puls nicht fühlbar, Pupillen verengt, Temperatur 32,9, fast vollständiger Stillstand der Respiration. Nach Injection von 0,003 Strychnin lösen sich heftige Muskelzuckungen aus, Herzstoss sichtbar, Puls fühlbar, Temperatur 33,3.

Da trotzdem zeitweise die Athmung stockte, so wurde der Phrenicus von Zeit zu Zeit faradisirt. Bis 6 Uhr bleibt Pat. ganz anästhetisch. Um 7 Uhr erfolgt Reaction der Pupillen und der Nasenschleimhaut. Von nun an ungestörter Schlaf bis gegen 5 Uhr Nachmittags des künftigen Tages. Nach dem Erwachen befindet sich Pat. wohl.

L. hebt den Eintritt der Respirationsstörung trotz ununterbrochener Herzthätigkeit hervor, welcher Umstand zu dem Schlusse, dass Chloral nächst Hirn und Rückenmark auch auf die Medulla oblongata tonisch einwirkt, berechtigt.

Auch die von Liebreich aufgefundene Thatsache, dass Strychnin die Systole des Herzens verstärkt, erhält in vorliegendem Falle eine unzweifelhafte Bestätigung.

Nur will L. bemerkt haben, dass Strychnin nicht in jedem Stadium der Chloralintoxication als Gegengift zu betrachten sei: mussten ja doch in dem besprochenen Falle, trotzdem das Herz durch Strychnin in normale Thätigkeit versetzt war, die Respirationsbeschwerden vermittelst des faradischen Stromes gehoben werden. **Obalinski** (Krakau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº 19. **Sonnabend, den 8. August.** **1874.**

Die Aspiration bei Urinverhaltung.

Von

Prof. Lücke.

Da ich im Centralblatt f. Chirurgie No. 16 p. 256 einen Fall von erfolgreichem Blasenstich erwähnt finde, scheint es mir nicht unwichtig, dass der Blasenstich nach alter Weise wohl als eine verwerfliche und überflüssige Methode zu betrachten ist, seit wir die Dieulafoy'sche Aspirations-Methode kennen, welche mit den besten Erfolgen belegt, in dem Dieulafoy'schen Werk »Traité de l'aspiration« schon seit längerer Zeit der chirurgischen Welt bekannt ist, aber vielleicht noch zu wenig, besonders in Beziehung auf den vorliegenden Fall, geübt wird.

Ich will nicht von den Gefahren reden, welche die Punctio vesicae mit dem Fleurant'schen Troikart darbietet, ich will nur bemerken,

dass es in der That nichts Einfacheres und Gefahrloseres giebt, als bei absoluter Urinverhaltung und der Unmöglichkeit, einen Katheter einzubringen, die Aspiration mit der feinsten Aspirations-Nadel und einer luftleeren Flasche zu machen. Diese Methode kann gerade wegen der Feinheit der Nadel beliebig oft wiederholt werden; gewöhnlich indessen wird es entweder gelingen, nach Anwendung der nöthigen Mittel, den Katheter einzuführen, oder der Urin wird das Hinderniss freiwillig überwinden, und es ist dann Zeit gewonnen, den Weg auf diesem oder jenem Wege frei zu machen.

Wir hatten Gelegenheit, die Ungefährlichkeit der Methode autoptisch zu bestätigen: »Ein 60jähriger Mann mit Prostatahypertrophie bekam in der Kirche eine Urinverhaltung; nach 12stündiger Dauer wurde die Hebamme gerufen, um ihn von diesem Leiden zu befreien; sie brachte ihm einen gründlich falschen Weg bei, so dass auch der herbeigerufene Arzt mit seinen Bemühungen, das Instrument einzuführen, scheiterte und nur starke Blutungen hervorrief; er kam zu uns und da auch wir den Katheter nur immer in den falschen Weg brachten, wurde die Aspiration des Urins über der Symphyse gemacht und dann die geschwollene Dammgegend mit Eisblasen behandelt. Die Punction musste noch 5 Mal wiederholt werden, bis es gelang, einen Katheter einzuführen; von da ab trat keine Verhaltung mehr ein, aber die septischen Erscheinungen nahmen langsam zu und nach etwa 14 Tagen ging Patient zu Grunde, an perirectalen und periprostatischen Abscessen, welche die Hebamme mit ihrem falschen Wege angebahnt hatte. Von den Aspirationsstichen zeigte sich im subcutanen Fett die Spur einer kleinen Blutung, die Blasenwand zeigte weder auf ihrer äusseren, noch auf ihrer inneren Seite eine Spur einer stattgehabten Verletzung. Ich will noch erwähnen, dass sich in der Blase ein kleiner harnsaurer Stein fand, welcher von Dr. Girard bei einer Punction mit dem Troikart, nachdem das Stilet zurückgegangen war, gefühlt worden war. Man könnte deshalb vielleicht auch zur Feststellung von Stein-Diagnosen wohl ohne Gefahr sich einer solchen über der Symphyse eingestochenen Stiletsonde bedienen.

Die Aspiration des Urins hat sich auch noch in andern Fällen bewährt und ich stehe nicht an, diese Methode als einen sehr bedeutenden Fortschritt in der Technik der Harnblasenoperationen zu bezeichnen und dieselbe als völlig ungefährlich zu empfehlen.

Dr. Leonard Landois. Auflösung der rothen Blutzellen.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 27. p. 419—422.)

Verf. behandelte verschiedene Blutproben desselben Blutes mit Kohlensäure, Sauerstoff und Stickoxyd und prüfte dann die Einwirkung verschiedener Lösungsmittel, gallensaurer Salze und verdünnter Kochsalzlösungen auf die Auflösbarkeit der rothen Blutzellen. Bei Meerschweinchen- und Kaninchenblut wurde als Lösungsmittel das Serum anderer Thiere, besonders des Hundes, benutzt. Es fand sich

nun, dass die mit Kohlensäure überladenen Zellen weitaus am ehesten zur Auflösung geneigt sind; und dass sich überhaupt in Bezug auf die schwächere Wirksamkeit der anderen Gasarten in dieser Richtung genaue Scalen aufstellen lassen könnten. Wahrscheinlich ist die verschieden grosse Löslichkeit in dem Haemoglobin der Zellen bedingt, während der Einwand, dass kohlensäurehaltiges Blut bereits in Auflösung begriffen wäre, nicht stichhaltig sei.

Ferner theilt Verf. Beobachtungen über Fibrinbildung aus den rothen Blutkörperchen und das Verhalten des Fibrins in der Blutbahn mit. Ein Tröpfchen defibrinirten Kaninchenblutes in Froschblutserum gebracht (auch andere Blut- und Serumarten kann man benutzen) lässt unter dem Mikroskop folgende Veränderungen erkennen: die Blutkörperchen lagern sich dicht an einander, werden klebrig, der Blutfarbstoff tritt allmälig aus und dem entsprechend entfärben sich die Blutzellenhaufen; sobald eine Bewegung der umgebenden Flüssigkeit entsteht, verlieren sich die Zellencontouren und die Stromamasse zieht sich zu zähweichen Fäden und Streifen aus. Dieses ist nun das »Stromafibrin«, welches sich von dem gewöhnlichen oder dem Plasmafibrin wohl nicht allein durch seine Genese, sondern anfänglich auch durch seine chemische Constitution unterscheidet. Diese Differenzen müssen noch näher festgestellt werden.

Verf. erwähnt nun, dass es nach der Transfusion mit dem Blute einer entferntstehenden Species leicht zur Auflösung von Zellen und damit zur Bildung von Stromafibrin kommen könne; und zwar um so leichter, je kohlensäurereicher das Blut ist. Wird daher asphyctischen Thieren heterogenes Blut beigebracht, so entstehen umfangreiche Gerinnungen. Je dichter die Fremdblutkörper liegen, um so grössere Massen von Fibrin bilden sich. »Daher zum Theil die Gefahren zu schneller Einflössungen, zumal in die Venen«. Die Gerinnungen werden auch begünstigt durch alle die Circulation herabsetzenden Ursachen und ist es einmal zur Bildung von Stromafibrin gekommen, so setzt sich um dasselbe leicht anderes Fibrin ab und ausgedehnte Gerinnungen sind die Folge.

Wird das Blut derselben Thierart zur Transfusion benutzt, so erfolgen Gerinnungen, falls die Blutkörperchen abgestorben sind, ohne aufgelöst zu sein. Das erreicht man durch hohe Wärmegrade und starke Abkühlung, oder durch längeres Aufbewahren des Blutes. »Bei einem Hunde z. B., von dem 7 Tage lang 160 Ccm. defibrinirten Blutes im Eiskeller wohlverschlossen aufbewahrt waren und in welchem die Blutzellen vielfältig kugelig zum Theil noch von anscheinend normaler Form waren und dessen Serum nicht lackfarbig war, fanden sich die umfangreichsten und verbreitetsten Gerinnungen neben hellrubinrothem Serum. Blutfarbstoff und Eiweiss erschienen im Harn und der Tod erfolgte in Folge umfangreicher Speckhautabscheidung in vielen grossen Gefässen und im Herzen«.

(Bei der Schwierigkeit, eine an interessanten Beobachtungen reiche und dabei doch gedrängte Darstellung ausreichend genau in einem

Referat wiederzugeben, erlaubt sich Referent die Durchsicht der Originalarbeit selbst angelegentlichst zu empfehlen, besonders denjenigen, welche gar zu grosse Erwartungen an die neuerdings von manchen Seiten mit Enthusiasmus wieder aufgenommene Lammbluttransfusion knüpfen.) **A. Bidder** (Mannheim).

K. v. Mosengeil. Partielle Atrophie des Skelets.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

Verf. fand bei einer ca. 35 Jahre alten Dame, welche angeblich in den letzten Jahren bedeutend kleiner geworden war und über Schwäche, Verdauungsbeschwerden, Unmöglichkeit längere Zeit zu stehen und zu sitzen klagte, die gesammte Körpermasse von der Maxilla inferior, diese mit einbegriffen, bis zu dem kräftig entwickelten Becken atrophisch. — Es wurde eine gute, kräftige Diät, der Gebrauch der Wegner'schen Phosphorpillen angeordnet und die horizontale Lage empfohlen. Es trat bedeutende Besserung ein. Ebenso erreichte v. M. bei einem ausgesprochenen Falle von Osteomalacie durch die Phosphorpillen so bedeutende Besserung, dass die Pat. nach 6 Wochen gut gehen und gerade stehen konnte. **Maas** (Breslau).

Prof. G. Adelmann in Berlin. Die Beugung der Extremitäten als Blutstillungsmittel. Nachträge und Berichtigung.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

A. vervollständigt die empirischen Thatsachen der von ihm ausführlich im X. Bande des Archivs f. klin. Chir. besprochenen Methode der Beugung der Extremitäten zur Blutstillung durch Ergänzung des Falles 9. in der erwähnten Arbeit und Mittheilung 6 neuer einschlägiger Fälle, an welche sich 3 Fälle von Delpech anschliessen; die arterielle Blutung wurde durch forcirte Beugung und intermittirende Fingercompression gestillt. Im 2. Theile der Arbeit werden Versuche an der Leiche besprochen. Merlateau machte einen Versuch mit forcirter Injection von Talg in die Art. brachialis, jedoch so stark, dass einzelne Arterienberstungen entstanden. Der Talg gelangte in die Arterien des Unterarms, doch war der Querabschnitt der Art. brachialis von vorne nach hinten abgeplattet; die Art. cubitalis sehr stark geschlängelt. A. selbst machte mit Stieda Injectionen mit gefärbtem Wasser und fand, dass aus der Art. dorsalis pedis bei Injection durch die Art. poplitea bei forcirter Extension und Flexion des Fusses kein Ausfluss stattfand. Aus der Art. poplitea floss bei Injection in die Iliac. extern. bei Beugung im Hüftgelenke Wasser aus. Bei Injection in die Aorta wurde der Ausfluss aus der Art. tibialis ant. und postica gehemmt, wenn die Flexion im Kniegelenk mit Einlage einer Bindenrolle in die Fossa poplitea gemacht wurde; dagegen fand aus der Art. femoralis sowohl bei Beugung im Hüftgelenke mit Bindeneinlage, als auch bei Hyperextension Ausfluss statt. Aus

dem Hohlhandbogen floss bei Injection in die Art. subclavia weder bei Flexion im Handgelenke, noch bei Flexion im Ellenbogengelenke Etwas aus; ebenso verhielt sich die Art. radialis bei spitzwinkliger Beugung im Ellenbogengelenke. — Im 3. Theile wendet sich A. gegen eine Arbeit von Dr. Burow jun. in Königsberg (Arch. f. klin. Chir. XII.), in welcher B. die permanente Flexion nach einer Beobachtung, in welcher Gangrän eintrat, für nicht ungefährlich hält. A. erklärt in diesem Falle den Misserfolg als eine Folge der gleichzeitig angewendeten Compression, bei welcher noch dazu eine Chirotheca nicht angelegt worden war. **Maas** (Breslau).

M. Bernhardt. Zur Pathologie der Radialisparalysen.

(Arch. f. Psychiatrie Bd. IV. Hft. 3.)

A. Bergeron. Plaies complètes des nerfs.

(France médicale 1874. No. 40.)

Bernhardt theilt 3 Fälle von Radialisparalysen mit, von denen der erste eine schwere traumatische Lähmung des rechten nervus axillaris und radialis betraf, die im Verlaufe einer Luxation des Oberarmkopfs mit Fractur im oberen Drittel entstanden war. Während die Motilitätsstörungen und Erregbarkeitsveränderungen die tiefe Läsion zumal des nervus radialis bewies, war die Sensibilität ganz intact. Nur im Beginn der Erkrankung war ein Gefühl von Taubheit an der Streckseite des rechten Vorderarms und Schmerzen bei Druck auf die Dorsalfläche des ersten spatium interosseum vorhanden gewesen.

Die Erregbarkeitsveränderungen an Nerven und Muskeln verliefen in typischer Weise, und zwar zeigte es sich, dass die Läsion des nervus radialis eine tiefere war, als die des nervus axillaris.

Nach 8 Monaten, als die willkürliche Erregbarkeit völlig wieder hergestellt war und als das Verhalten der Nerven und Muskeln gegen den constanten und inducirten Strom fast zur Norm zurückgekehrt war, zeigte sich ein Gefühl von Taubheit vom Daumen bis zum Ellenbogengelenk auf der Streckseite des Arms, verbunden mit einer leichten Anästhesie. Ein geringer Rest dieser Sensibilitätsstörung und eine leichte Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit für beide Stromesarten blieb bei dem sonst völlig hergestellten Kranken zurück.

Es ist nicht anzunehmen, dass im vorliegenden Falle die sensiblen Fasern des nervus radialis verschont geblieben waren. Ganz analoge Verhältnisse bot der von Richet veröffentlichte Fall von Durchschneidung des nervus medianus und Fehlen jeder Sensibilitätsstörung.

Zur Erklärung dieses auffallenden Verhaltens recurrirt B. auf die Untersuchungen von Arloing und Trippier, die bei Reizung des peripheren Endes des durchschnittenen nervus medianus Empfindungsäusserungen bekamen, wenn die übrigen Vorderarmnerven, oder nur

einer derselben intact waren. Er glaubt, dass durch Anastomose der Endäste der Vorderarmnerven ein vicariirendes Eintreten der sensiblen Fasern des einen für die der andern möglich sei.

Im vorliegenden Falle zeigten sich bei beginnender Restituirung der sensiblen Fasern des nervus radialis die Parästhesieen und die subjectiven Sensibilitätsstörungen im Gebiete desselben.

Ganz dieselben Verhältnisse bespricht Bergeron in einem Aufsatze über Nervenwunden, für deren Behandlung er die Nervennaht empfiehlt.

Lichtheim (Breslau).

A. Guérin. Zersetzung des Eiters unter dem Watteverbande.

(Gaz. hebdom. 1874. 29. Mai.)

G. theilte in der Acad. des sciences mit, dass unter dem Watteverbande der Eiter wohl geruchlos bleibe, aber sich dennoch zersetze. Zwischen dem 30. und 40. Tage nach der Operation — so lange lag der erste Verband — war in dem Eiter kein Eiterkörperchen mehr zu erkennen, derselbe stellte eine geruchlose Fettemulsion dar, die zahlreiche nadelförmige Krystalle enthielt.

Gersuny (Wien).

Vulpian. Injection von Chloral in die Venen.

(Gaz. hebdom. 1874. 5. Juni.)

In der Acad. de méd. theilte V. die Resultate seiner bezüglichen Versuche an Hunden mit, angeregt durch Oré, welcher empfiehlt, bei Tetanus und auch vor Operationen zur Hervorrufung von Anästhesie Chlorallösungen in die Venen zu injiciren.

Die Hunde bekamen nach solchen Injectionen Hämaturie und bei der Section fand man die Nieren sehr hyperämisch und von Ecchymosen durchsetzt.

Gersuny (Wien).

D. A. Zotti, Primarchirurg in Sinigaglia. Caoutchouc und Luftcompression.

(Il Raccoglitore medico 1874. No. 9.)

Verf. benutzte einen stark aufgeblasenen Gummiballon, wie sie zum Kinderspiel meist mit einer Pfeife verbunden, sich in Spielwaarenhandlungen vorräthig finden, zu mannigfachen Zwecken. Meist wurde in das Loch des Gummiballons ein Katheter eingebunden, der Ballon leer in die betreffende Höhle eingeführt, dann durch den Katheter aufgeblasen und nun der letztere ein paar Mal um seine Axe gedreht, um vollständigen Luftabschluss zu erzielen.

Verf. bediente sich des Apparates z. B., um eine Blasenscheidenfistel, mit schon bestehendem Prolapsus vaginae besser hervortreten zu lassen, indem er den Gummiballon in die Harnblase einführte. In zwei andern Fällen von Fisteln, bei denen kein Prolaps bestand,

bemühte sich Z. durch den Gummiballon einen künstlichen Prolaps zu erzeugen, doch ohne sonderlichen Erfolg.

Bei einer penetrirenden Thoraxwunde, aus welcher es zwei Stunden nach der Verletzung heftig blutete, führte Z. den Gummiballon in die Thoraxhöhle ein und die Blutung stand. Der Kranke war in einem Monat geheilt. Wie die Verhältnisse am Thorax waren, ob Hämothorax, ob Pneumothorax, ob keines von beiden, ist nicht angegeben.

Ebenso wurde eine Rectumblutung nach Abtragung eines Polypen eine Blasenblutung nach Steinoperation, eine Scheidenblutung bei einem Kinde durch dieselbe Methode erfolgreich behandelt.

Bis auf die Behandlung der Lungenblutung ist diese Methode wohl nicht neu. Wir wissen, dass zu Scheiden-, Rectum-, Nasenblutung eigene Colpo-, Procto- und Rin-Eurinters gerade aus Gummi verfertigt wurden.

Ref. weiss auch, dass manche Chirurgen dieselben einer exacten Tamponade mit Charpie bezüglich des Effectes auf die Blutung nachsetzen. Andererseits ist nicht zu leugnen, dass das Gummi als ein impermeabler Stoff in mancher Hinsicht vor der Charpie den Vorzug verdient. **Menzel** (Triest).

Dr. Luigi Calastri. Della paralisi del Landry od ascendente acuta.

Landry beschreibt die Krankheit folgendermassen: durch eine intensive Temperaturveränderung bedingt, tritt in wenigen Tagen zuerst in den unteren, dann in den oberen Extremitäten Paralyse auf, ohne Contracturen, ohne Krämpfe, mit geringer Verminderung der Sensibilität. Diesem Bilde genau entsprechend, ist die v. C. mitgetheilte Krankengeschichte. Der Kranke, 29 Jahr alt, war als Bäcker sehr intensiver Hitze, und deshalb raschen Temperaturveränderungen besonders ausgesetzt. Der Mann hatte vor Jahren einen acuten Gelenkrheumatismus überstanden. Auch eine Insufficienz der mitralis ist an ihm nachweisbar. Der Patient ist vollkommen fieberfrei.

Durch Anwendung des galvanischen Stromes kehrte in kurzer Zeit die Beweglichkeit zuerst in den unteren, dann in den oberen Extremitäten rasch wieder. Den 4. Mai 1873, ungefähr einen Monat nach der Erkrankung, war Pat. fast vollkommen wieder hergestellt. Da beging er einen groben Diätfehler und starb 3 Tage darauf unter den Erscheinungen eines typhösen Darmcatarrhs. Bei der Obduction fand sich eine acute Gastro-Enteritis, mit Schwellung der Peyer'schen Plaques, der Mesenterialdrüsen und der Milz. An Hirn und Rückenmark nichts Abnormes. Darum schliesst sich C. der Ansicht Landry's an, dass die acut-ascendente Paralyse nicht von einer Erkrankung des Centralnervensystems abhänge.

Die Muskeln selbst und die peripheren Nerven scheinen nicht untersucht worden zu sein. **Menzel** (Triest).

Dr. Carl Gussenbauer in Wien. Ueber eine lipomatöse Muskel- und Nervendegeneration und ihre Beziehung zu diffuser Sarcombildung.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

G. theilt den mikroskopischen Befund des Falles mit, den Billroth im Arch. f. klin. Chir. XIII. p. 305 unter dem Titel »einseitige Pseudohypertrophie einiger Oberschenkelmuskeln einen Tumor »vortäuschend« veröffentlicht hat. Als Untersuchungsobjecte wurden die mehr oder weniger entarteten Muskeln und ein 4 Zoll langes, ebenfalls fettig degenerirtes Stück des N. ischiadicus benutzt. Da es hier zu weit führen würde, auf die sorgfältigen Details der Untersuchung einzugehen, welche durch die Vergleichung mit ähnlichen Untersuchungen von Martini, Neumann, Knoll u. A. besonders instructiv sind, geben wir nur die Resultate. Der Process war im Muskel und im Nerven wesentlich derselbe, und es zeigte sich, dass die Volumzunahme beider durch Binde- und vorwiegend durch Fettgewebe bedingt war. — Die Entwicklung des Binde- und Fettgewebes war so mächtig, dass es die Muskel- und Nervenfasern gänzlich, oder nahezu zum Schwund oder zur Atrophie brachte. Die Zahl der Muskel- und Nervenfasern war deswegen sowohl absolut, als auch relativ vermindert. Das krankhafte Gewebe entstand aus einer Zellenneubildung im Muskel- und Nervenbindegewebe, welche sich durch Proliferation der Bindegewebskörper und der Gefässwandzellen, nicht aber der Muskelkörperchen oder der Kerne der Schwann'schen Scheiden gebildet hatte. Gleichzeitig mit der Zellenneubildung traten ausgedehnte Blutgefässthrombosen ein, sowie mikroskopische Blutextravasate, deren Entstehung noch häufiger und über ausgedehnte Abschnitte mit der Entwicklung des Binde- und Fettgewebes zusammenfiel. Charakteristisch für die Geschwulst war schliesslich noch die Neubildung von Blutgefässen in den Muskeln und Nerven und in den letzteren die Entwicklung cavernösen Gewebes. Es war hiernach sowohl das gewöhnliche diffuse Lipom, als auch die sog. Pseudohypertrophie der Muskeln auszuschliessen, ebenso wie eine Myositis chronica. G. bezeichnet deswegen die Muskelgeschwulst als Sarcoma fibrosum lipomatosum diffusum, den Nerventumor als Fibrosarcoma cavernosum lipomatosum.

Maas (Breslau).

Guérin. Fistules lymphatiques de la partie moyenne du bras.

(Progrès médical 1874. No. 3.)

Eine 43jähr. Nähterin, welche am Arm oft zur Ader gelassen worden war, bekam im Juli 1871 kleine Tumoren unter dem Unterkiefer, die nach 14 Tagen verschwanden, einen Tumor in der rechten Achselhöhle, der eine Zeit lang eiterte und dann ausheilte und eine Geschwulst über dem Verlauf der Lymphgefässe zwischen oberem und mittlerem Drittel des linken Oberarms. Letzterer erreichte Hühnerei-

Grösse, brach von selbst auf, entleerte zuerst einen dicken, dann serösen Eiter. Später entstanden längs dem Verlaufe der Lymphgefässe mehrere Fistelöffnungen. Die Menge der secernirten Flüssigkeit wurde vermehrt durch Gebrauch des Arms, nicht vermehrt durch Streichen des Vorderarms von unten nach oben, ein wenig vermindert durch Compression unterhalb der Fisteln. Am 15. Febr. wurde auf die, fast die ganze secernirte Flüssigkeit liefernde, untere Fistelöffnung ein Glasgefäss befestigt, um die Flüssigkeit aufzufangen. Dieselbe betrug nach 12 Stunden ungefähr 30 grm. und stimmte in ihrer chemischen Zusammensetzung mit Lymphe überein. Das Gefäss hatte eine Ulceration hervorgerufen, durch welche die Lymphgefässe zur Obliteration gebracht wurden. Die Fisteln waren am 22. Septbr. geheilt.

Im Verlaufe der Heilung trat peripher von der Wunde 2 Mal Lymphangitis mit nachfolgendem Erysipel auf. Die Obliteration der Lymphgefässe hatte ein persistirendes Oedem des Vorderarms zur Folge. Was hier zufällig geschah, hat früher Monod mit Absicht gethan, indem er zur Heilung einer Lymphfistel einen Bogenschnitt durch die Haut bis auf die Fascie unterhalb der Fistel machte, um durch die nachfolgende Vernarbung die Lymphgefässe zur Obliteration zu bringen. **Petersen** (Kiel).

James Russel. Hemiplegia from softening of the brain after ligature of the external and internal carotids.

(Med. tim. and gaz. 1874. March 14. Mai 2.)

R. theilt einen selbst beobachteten Fall — leider sehr kurz — mit. Die Ligatur wurde bei einer Frau an der Carotis int. und ext. getrennt ausgeführt. 36 Stunden lang Wohlbefinden; dann trat Schlaf, Koma, Hemiplegie ein. Tod am 6. Tage, nachdem wieder Bewusstsein eingetreten war.

Die mittlere Hirnarterie der Operationsseite war vollständig thrombosirt, die vordere gänzlich wegsam; einige Ekchymosen auf dem mittleren Lappen.

Die Art. communic. post. derselben Seite war »contracted and perfectly empty«.

So viel Interessantes die durch diesen Fall veranlasste Arbeit »über Hirnzufälle nach Carotidenligatur« bringt, wird sie doch kaum als den Anforderungen einer statistischen Erhebung genügend angesehen werden können.

Aus den Angaben des Verf. wäre hervorzuheben:

1) Die bisherigen Statistiken über die Häufigkeit der Hirnzufälle nach Carotidenligatur schwanken zwischen 22 und 37%; die letztere Zahl ist das Resultat der grössten Zusammenstellung.

2) Seine eigene Zusammenstellung begreift 45 Fälle von Hirnsymptomen, mit sorgfältigem Ausschluss der oft damit zusammengeworfenen Nervenverletzungen etc.; sein Fall ist der einzige, in welchem nicht die Carot. commun. unterbunden wurde.

3) Weder die **Bérard**'sche, noch die **Richet**'sche Ansicht über die Entstehungsweise der Hirnsymptome genügt ihm; Verf. glaubt. eine besondere Disposition des Gehirns für den Eintritt derselben voraussetzen zu müssen und findet für die sehr verschiedenen, ihnen zu Grunde liegenden Veränderungen etwas gemeinsames nur in der allgemeinen Tendenz zur Desorganisation des Organs.

4) Seine Fälle zerfallen in

a) 21 primäre Zufälle, mit 5 sofort, 6 später eintretenden Hemiplegieen; alle diese sind permanent geblieben. 11 Fälle waren leicht, 10 schwer (? Todesfälle);

b) 24 secundäre Zufälle (von über 13 Stunden bis zu 9 Wochen). Hierunter sind 17 Hemiplegieen mit 6 Genesungen. (Von diesen wurden veranlasst durch Abscessbildung 2, bei 3 wurde Embolie oder Thrombose vermuthet (1 †), 3 traten mit Fieber nach 3—4 Tagen ein und endigten in Genesung, 1 trat am 21. Tage nach Nachblutungen ein; in 2 Fällen wurde Blutgerinnung in den Hirngefässen nachgewiesen). Ausser einem an Delirium tremens verstorbenen endeten die übrigen Fälle in Genesung.

5) Unter den 20 R. zur Disposition stehenden Sectionsberichten war der Tod in 6 Fällen als durch secundäre Entzündungen bedingt angegeben.

Ranke (Halle).

Jousset. Injectionen von Chinin in die Trachea.

(Gaz. hebdom. 1874. 22. Mai.)

J. theilte in der Soc. de biologie mit, er habe in zwei schweren Intermittensfällen, bei welchen wegen Erbrechen und Diarrhöe die Darreichung von Arzneien weder per os, noch per anum möglich war, eine wässrige, erwärmte Chininlösung mit der **Pravaz**'schen Spritze in die Trachea injicirt, indem er den Stachel der Spritze 2 Finger breit unterhalb des Ringknorpels durch die Wand der Trachea einstach. Die Wirkung trat schon nach 10 Minuten ein.

Gersuny (Wien).

D. Diodato Borrelli. Di un caso di eclampsia da lesione vertebrale.

(Rivista clinica di Bologna 1874. No. 5.)

Ein 11monatliches Kind, anscheinend gesund, wurde seit einiger Zeit mehrmals im Tage ganz plötzlich von Convulsionen mit Bewusstlosigkeit befallen. Die Glieder verfielen zuerst in tonischen Krampf, dann in Zuckungen, die Augen drehten sich nach aufwärts und wurden starr, die Respiration wurde oberflächlich, kaum wahrnehmbar. In 20 Secunden bis längstens 2 Minuten war der ganze Anfall vorbei. B. liess die Amme wechseln, gab innerlich Calomel und Belladonna ohne Erfolg. Beim 2. Besuch merkte B., dass die Anfälle bei Bewegungen des Kindes eintraten. So trat z. B. regelmässig ein Anfall

beim Aufheben des Kindes vom Bette auf. Bei genauer Untersuchung des Rückgrates fand B. eine leichte Hervorwölbung, entsprechend den 2 letzten Brustwirbeln. Bei starkem Druck auf diese Wirbel trat ausnahmslos der eclamptische Anfall auf. Es handelte sich somit um Caries der Wirbelsäule (Kyphose) und es war kein Zweifel möglich, dass die eclamptischen Anfälle von dieser Affection abhingen.

B. verordnete einen Apparat zur Fixirung der Wirbelsäule, liess das Kind continuirlich im Bette liegen und ihm in dieser Lage die Brust reichen. In wenigen Tagen hörten die eclamptischen Anfälle vollkommen auf. Wie waren nun die Anfälle, speciell der Verlust des Bewusstseins zu erklären? Das Auftreten von Convulsionen ist abhängig sowohl von Reizung des Hirnbulbus als auch relativer Blutleere der Hirn-Hemisphären.

Im vorliegenden Falle stammte die Reizung des Bulbus von dem Reize, welcher in der Gegend der Wirbelverkrümmung auf die hinteren (sens.) Wurzeln ausgeübt wurde und durch die aufsteigenden Fasern der hintern Stränge bis zum Hirn sich fortpflanzte.

Höchst interessant ist dieser Fall dadurch, dass er eine klinische Illustration ist zu den Experimenten von Brown-Sequard. Dieser durchschnitt die eine Hälfte des Rückenmarks (anfänglich gerade entsprechend dem 10. Wirbel, später auch höher) an Meerschweinchen und nach wenigen Tagen beobachtete er an den operirten Thieren epileptiforme Anfälle, welche theils spontan, theils auf periphere Reize auftraten. Diese Versuche wurden mit Erfolg von Schiff wiederholt.

Menzel (Triest).

A. Burow sen. Zur Herniotomie.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

B. hat ausser 4 incarcerirten Nabelhernien (mit nur einem günstigen Ausgange) 117 eingeklemmte Brüche operirt, mit nur 5 Todesfällen; darunter 45 Schenkelbrüche mit 2 Todesfällen.

Folgendes Verfahren hat sich ihm öfter als heilsam bewährt: es wird ein ovaler flacher Stein etwa 15—18 Cm. lang, 12 Cm. und 4 Cm. dick auf Eis gekühlt und dann auf die Hernie gelegt (die vorher wiederholt mit Extr. bellad. eingerieben wurde), und wenn er warm geworden, gegen einen ähnlichen vertauscht. Dies allein bewirkte öfter die Reposition.

B. ist für frühzeitige Operation. Das von ihm benutzte Herniotom ist gebogen, hat an der Concavität eine 10—12 Mm. lange Schneide, deren Anfang mindestens 15—18 Mm. von dem Ende des Messers entfernt sein muss. Das Stück des Messers vor der Schneide hat die Form einer Knopfsonde. Vor Einführung des Messers schiebt er vorsichtig eine Sonde von gleicher Krümmung durch die Bruchpforte.

Zur Erweiterung des einschnürenden Ringes macht B. nur seichte Einkerbungen in denselben. Vorliegendes Netz reponirt B. womöglich; im Falle dies nicht gelänge, lässt er es liegen.

Adhäsionen des vorliegenden Darmes oder Netzes trennt er vor dem Taxisversuche, wenn nöthig mit dem Messer. Die Reposition eines verdächtigen Darmstückes hält B. für angezeigt, wenn sie ohne Continuitätstrennung möglich ist; die Etablirung eines Anus praeternat. hat trotzdem keine grösseren Gefahren, da das Darmstück an der Bruchpforte liegen bleibt. Die Fixation des Darmstückes durch eine Fadenschlinge verwirft er. Die Herniotomie ohne Eröffnung des Bruchsackes erwähnt er nicht. Unter den lethalen Fällen, welche B. kurz mittheilt, befand sich einer, bei dem ein 6—8 Cm. im Durchmesser haltendes, hartes, kugliges Neugebilde, das mit dem Dünndarme zusammenhing, im Bruchsacke lag. Die Reposition gelang erst nach Spaltung des Poupart'schen Bandes; die unverständige Patientin legte die applicirte Bandage ab und erlag der danach entstehenden Eventration. Die Section wurde nicht gemacht.

Gersuny (Wien).

A. Burow sen. Eine neue Schlussvorrichtung beim galvanokaustischen Apparate.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

Diese Vorrichtung hat folgende Vortheile: die Contactstelle ist sichtbar, der Schluss, resp. die Oeffnung der Kette kann durch einen leisen Fingerdruck bewerkstelligt werden; der Apparat lässt sich nämlich so stellen, dass die Kette entweder dauernd geschlossen ist, und durch Druck geöffnet wird, oder umgekehrt dauernd geöffnet ist und durch Druck geschlossen wird.

Beschreibung und Abbildung der Vorrichtnng möge im Originale nachgesehen werden. **Gersuny** (Wien).

Verneuil. Unblutige Exstirpation von Geschwülsten der Vulva.

(Gaz. hebdom. 1874. 5. Juni.)

Sechs Fälle von Tumoren an den äusseren Genitalien des Weibes (Epitheliome, Elephantiasis, Tumor cavernosus) wurden von V. theils mit dem Ecraseur, theils mit Galvanocaustik (Schlinge und Messer) abgetragen. Die Krankengeschichten sind ausführlich mitgetheilt. Meist musste, da die Tumoren nicht gestielt waren, die Ecraseurkette oder Glühschlinge die Basis der Geschwülste in mehreren Portionen fassen.

Wenn bei Anwendung des galvanocaustischen Messers einzelne Arterien spritzten, so hatte die Unterbindung derselben keine Schwierigkeiten. **Gersuny** (Wien).

J. A. Waldenstrom. Bursitis subdeltoidea acuta.

(Upsala läk. för. förh. Bd. 8. p. 270.)

Der Verf. hat die Fälle gesammelt, welche über diesen Gegenstand publicirt sind, und bespricht die in diagnostischer Beziehung wichtigen Symptome und die Behandlung. Er selbst hat einen einschlägigen Fall an einem 56jährigen Mann behandelt. Die Krankheit trat spontan unter Fieber auf. Die begrenzte und fluctuirende Geschwulst in der Schulterregion und die Abwesenheit jeder reactiven Anschwellung der umgebenden Weichtheile machte in diesem Falle die Diagnose leicht. Schröpfköpfe, Vesicatorien, Jodtinctur wurden vergebens versucht; durch mehrere successive Punctionen mit der Sonde exploratrice wurde der seropurulente Inhalt entleert und allmälig verschwand die Geschwulst. **Rossander** (Stockholm).

Crippes. Palmar aneurism. (Clinical society.)

(Med. tim. and gaz. 1874. Juni 6. p. 636.)

In Folge einer Stichwunde hatte sich ein kleiner pulsirender Tumor zwischen Daumen und zweitem Metacarpalknochen entwickelt. Die Unterbindung in loco erwies sich als unausführbar, die Compression und die Unterbindung der Radialis und Ulnaris als erfolglos. Nach Unterbindung der Brachialis unter dem Teres major erfolgte Heilung.

In 17 von C. aufgefundenen gleichen Fällen wurde 9 Mal durch Compression Heilung bewirkt; 2 Ligaturen in der Continuität, 1 Injection hatten gleichen Erfolg; 5 Fälle mit Eröffnung des Sackes weisen ausser dem obigen Falle noch 1 Heilung bei 3 Verblutungen auf.

Ranke (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

A. Després. Naevus pilosus occupant tout le corps.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 16).

D. sah im November 1873 ein neugeborenes Kind weiblichen Geschlechtes, welches am Halse, an den Schultern, der Lendengegend, den Hinterbacken und an der Schlüsselbeingegend mit schwarzen, den Kopfhaaren ähnlichen und ebenso langen Haaren bewachsen war. Am linken Schenkel und am rechten Beine 2 kleine derartige Plaques. Die Haut an den behaarten Stellen war stark pigmentirt, am Rücken und an der Wirbelsäulengegend deutlich hypertrophirt, gefurcht und gefaltet wie bei Elephantiasis. Nirgends aber zeigten diese abnormen Hautstellen einen erektilen Zustand, wie in anderen derartigen Fällen beobachtet wurde. Verf. citirt aus den »Transact. of the pathol. Soc. of London«, 1873, zwei analoge Fälle von »hairy moles«. In einem derselben war es im späteren Alter an einer Stelle der entarteten Haut zur Entwickelung eines Carcinom's gekommen. An eine Therapie im obigen Falle, war nicht zu denken, doch bemerkt D., dass mit dem Aelterwerden des Individuums die Haare wahrscheinlich atrophiren werden, wie auch in den englischen Fällen beobachtet wurde. **Fr. Steiner** (Wien).

The open treatment of wounds, letter from Mr. R. Davy.

(Med. tim. and gaz. 1874. April 4 p. 385.)

Von dem Grundsatz ausgehend, dass ein Luftabschluss über Wunden ohne antiseptisches Verfahren unstatthaft sei, zieht er die offene, bequeme Wundbehandlung den Lister'schen Verbänden zur Zeit noch vor. Seit 5 Jahren in allen Fällen angewandt (mit Ausnahme der Verbrennungen und subcutanen Operationen) hat sie befriedigende Resultate ergeben. Zahlen gibt er nicht an.

Die Wunden werden mit Metallsuturen geschlossen, mittelst eines Wasser-Sprag's gereinigt. Der Ventilation wird die peinlichste Sorgfalt zugewandt.

Ranke (Halle).

Clover, On a case of fatal syncope during the administration of chloroform.

(Med. tim. and gaz. 1874. Juni 27.)

Behufs Vornahme einer Operation im Nasenrachenraum wurde der Patient 15 Minuten lang mittelst des Clover'schen Chloroformapparates durch eine Mischung von Aether und Chloroform (1:8) narkotisirt. Mehrmaliges Erbrechen, zuletzt tiefe Narkose mit regelmässigem, wenn auch kleinem Pulse. Nach dem nunmehrigen Beginn der Operation wurde mit wiedereintretender Reaction ein Blaseapparat zur weitern Inhalation verwandt. Erbrechen, $1/2$ Minute später Blässe, weite Pupillen, ganz kleiner Puls bei freier, wenn auch langsamer Athmung. Allmälig begann Lungenödem; eine Stunde künstliche Respiration brachte P. nicht wieder ins Leben. Section ist nicht gemacht. **Ranke** (Halle).

Peltier. De la trimethylamine et de son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

(Progrès médical. 1874 No. 1 u. 2.)

Das Trimethylamin oder Propylamin vermindert das Fieber, decongestionirt die Gelenke, setzt die Schmerzen herab. Man giebt täglich 0,3—0,5—1,0—1,5. Unter 44 Fällen trat 22 mal Heilung ein in weniger als 8 Tagen, 11 mal zwischen dem 8. und 15. Tage, 7 mal zwischen dem 15. u. 30.; 8 mal hatte das Medicament wenig oder gar keinen Einfluss. **Petersen** (Kiel).

Godlee, Cases under the care of Mr. Erichson, University College Hospital.

(Med. tim. and gaz. 1874 April 11. p. 397.)

1. Fall. Dyspnoe durch einen eingetrockneten Schleimpfropf am unteren Ende einer Tracheotomie-Canüle. — 53jährige, 1868 wegen Syphilis tracheotomirte Nähterin, wegen Dyspnoe aufgenommen. Nach Entfernung der Kanüle förderte ein Hustenstoss eine bohnengrosse, hornharte, dunkele Masse heraus, die sich mikroskopisch als eingetrockneter Schleim erweist.

2. Fall. Aneurism of anterior tibial artery, probably diffused. — Ein 53jähriger Maurer mit chron. Bright'sche Krankheit bemerkte plötzlich eine nicht bestimmt endigende Anschwellung, an der Aussenseite der Tibia, an der Grenze des oberen Drittels, ohne Veranlassung unter schiessenden Schmerzen entstehend. Pulsation, systolisches Geräusch. Trotz Digitalcompression und subcutanen Ergotineinspritzungen fortwährendes Wachsthum, bis er 4 Wochen später das Spital verliess. **Ranke** (Halle).

P. Doubre et **P. Charpentier.** Ruptures traumatiques du coeur et du foie. Dégénérescence graisseuse de ces deux organes.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 13.)

Ein 22jähriger Kärrner, der im trunkenen Zustande von seinem Wagen fiel, kam unter die Räder desselben, so dass er sofort todt blieb. Bei der Sektion fand sich neben vielen Rippenfrakturen — das Wagenrad war ihm über die Brust

gegangen — als seltener Befund eine Ruptur des Herzens. Das Perikardium ausgedehnt, bläulich und mit flüssigem Blute erfüllt, sonst nichts Abnormes an demselben. Am rechten Herzohr, über dem transversalen Aste der Coronararterie eine Oeffnung von der Breite eines halben Zwanzigfrankenstückes. An der oberen Fläche der enorm grossen Fettleber 3 grosse Risse. In der Milz eine mannsfaustgrosse Hydaditencyste. Auffällig ist die vorgeschrittene fettige Degeneration der Leber und des Herzens bei der Jugend des Individuums, welches nach den Angaben seines Dienstherrn alkoholischen Genüssen nicht gefröhnt haben soll.

Fr. Steiner (Wien).

Richet. Hystero-Ovariotomie.

(Progrès médical 1874. No. 1 u. 2.)

R. machte bei einer 39j. Frau die Hystero-Ovariotomie wegen grosser subperitonealer und interstitieller Fibrome des Uterus. Der Schnitt ging vom Schambein bis 4 Cm. über den Nabel. Der Stiel wurde in der Mitte durchstochen und nach beiden Seiten mit einem starken Eisendraht zusammengeschnürt. Schliesslich applicirte R. noch eine Klammer. Nach Entfernung der Klammer am 4. Tage zog sich der Stumpf tief zurück. — Tod durch Pyämie am 25sten Tage. Abgekapselte Abscesse im Peritonealsack, adhäsive Peritonitis, Abscesse in der Lunge und in der Parotis. — R.. legt den schlechten Erfolg nicht der Operation, sondern den üblen hygienischen Verhältnissen des Hôtel-Dieu zur Last. — Nach R. sind bis jetzt 44 Fälle von Exstirpation des Ut. mit seinen Adnexen veröffentlicht, darunter 30 Fälle mit letalem Ausgang. Die Erfolge sollen aber schon häufiger sein.

Petersen (Kiel).

Wagstaffe, Cases of ovariotomie. (St. Thomas Hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1874 Juni 13 u. 20.)

2 Fälle von Ovariotomieen, 1 Heilung, 1 Todesfall. 1) Einfache, dünnwandige, vom linken Ovarium ausgehende Cyste bei einer 29jährigen Frau. Operation am 28. 3. Der kurze Stiel wird mit der Klammer behandelt, seine Oberfläche mit Eisenchlorid geätzt. 5 das Peritoneum mitfassende Nähte. Am 19. April Schüttelfrost; bei Oeffnung der Wunde ein $^3/_4$ Unzen stinkenden Eiter enthaltender Abscess. Drainage; gegen die septische Infection subcutane Carbolinjectionen. Weitere Heilung ohne Störungen.

2) Ein bei einer 23jährigen Frau vom linken Ovarium ausgehender, seit 15 Monaten bemerkter, schon im Januar pungirter Tumor, operirt am 21. Mai. Der Tumor bestand aus einer grossen und vielen kleinen Cysten, ohne Adhäsionen. Der Stiel mit Klammer behandelt, ebenfalls mit Eisenchlorid geätzt. 5 das Peritoneum mitfassende Nähte. Am 2. Tage Peritonitis, Tod am 5. Tage. Die allgemeine Peritonitis will W. auf atmosphärische Einflüsse zurückführen.

Die in beiden Fällen angewandten subcutanen Carbolinjectionen sollen sich, nach W's. Angabe, in andern Fällen von septischer Blutinfection gut bewährt haben.

Ranke (Halle).

Dupuy. Etude sur quelques lésions du mèsentère dans les hernies.

(Progrès médical 1874. No. 3.)

D. berichtet über 2 Mesenterialblutungen bei eingeklemmten Brüchen. Im 1., von Démarquay operirten Falle wurde nach Eröffnung des Bruchsacks die stark verfärbte Darmschlinge etwas hervorgezogen, worauf eine ziemlich starke venöse Blutung erfolgte. Im Mesenterium fand sich eine regelmässig runde, schwarzviolette, erweichte Stelle mit einem Riss in der Mitte, aus dem das Blut hervorquoll. — Ligatur im brüchigen Gewebe. Nach 3 Tagen Tod am Peritonitis. Keine Section.

Im 2. Falle wurde eine eingeklemmte Cruralhernie nicht erkannt und ein anus praeternaturalis rechts angelegt. Nach 48 Stunden trat eine Blutung auf, die augenscheinlich aus dem untern Ende des geöffneten Dünndarms kam. Tod an Verblutung. Bei der Section zeigte sich, dass eine Darmschlinge nebst Mesenterium

vom ligam. gimbern. sehr stark eingeklemmt war. Durch Ulceration war eine grosse ven. meseraic. arrodirt worden und hatte nun ihren Inhalt in das untere Ende des geöffneten Darms ergossen. **Petersen** (Kiel).

S. Ribbing. Resection des Kniegelenks wegen Tumor albus.

(Nord. med. Archiv Bd. V. Hft. 4. p. 23.)

Der Fall ist nur deshalb von besonderem Interesse, weil er zeigt, wie trotz sehr bedeutender Verwundung der Weichtheile doch noch die Heilung zu Stande kommen kann. Ausserdem war hier die Nachbehandlung nur durch eine Petit'sche Blechrinne unterstützt. Nach der ersten Abtragung der Articulationsflächen von Femur und Tibia war es ganz unmöglich, den Unterschenkel gerade zu stellen (er stand vor der Operation in spitzwinkliger Beugung). Subcutane Tenotomie wurde vorgenommen an allen Flexoren, aber ohne Resultat. Ansehnliche Scheiben von den beiden Knochen wurden nochmals abgesägt, aber die Streckung gelang doch nur mit Einrissen in die Haut. Es war also der halbe Umkreis der Extremität bei der Bildung des Lappens durchgeschnitten, das äussere Viertel theils ursprünglich normal, theils bei der Streckung geborsten. Nur am inneren Viertel war die Haut unverwundet, aber unter derselben waren mehrere Tenotomieen ausgeführt! Die Heilung kam trotzdem mit Hülfe der Lister'schen Paste zu Stande. Nach 7 Monaten wurde der Kranke entlassen und konnte mit einem Stützapparat gehen **Rossander** (Stockholm).

H. Carley. Esmarch's bloodless method employed for the excision of a scrotal tumor.

(The Indian med. gaz. 1874. Bd. IX. No. 5. p. 131.)

C. wandte bei der Entfernung einer Scrotalgeschwulst von Kindskopfgrösse Esmarch's Methode in folgender Weise an. Zuerst wurde die ganze Geschwulst mit einer elastischen Binde fest umwickelt, dann wurde der Hals der Geschwulst mit einer Kautschukröhre fest umschnürt und die elastische Binde entfernt. Beim Auslösen des Penis und der Hoden floss kein Tropfen Blut; nur bei der vollständigen Abtrennung des Hodensacks gingen ungefähr 6 Unzen Blut verloren, weil man noch Theile jenseits der abschnürenden Kautschukröhre entfernen wollte und letztere deshalb vorher abnahm. **A. Burger** (London).

W. Schill. Ueber die locale Anwendung von Arzneistoffen bei Lungencavernen. (Vorläufige Mittheilung.)

(Moskauer ärztlicher Bote. 1874. No. 18.)

Verf. hat in einem Falle von käsiger Pneumonie der linken Lunge und Cavernenbildung in der Spitze derselben 2 Mal eine Jod-Jodkalilösung direct in die Caverne eingespritzt, ohne Temperaturerhöhung oder sonstige üble Zufälle zu beobachten. Wenn auch der Kranke schliesslich seinem Uebel erlag, so glaubt Verf. im vorliegenden Falle den Beweis der Möglichkeit und Ungefährlichkeit der localen Therapie der Lungen geliefert zu haben. **Heppner** (St. Petersburg).

Berichtigung:

S. 261, Z. 10 v. o. lies bemerkt; statt bemerkt: S. 287, Z. 20 v. u. lies thrusting statt trusting.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. Sonnabend, den 15. August. 1874.

Ueber eine neue laryngo-chirurgische Operations-Methode.

Von

Dr. A. Eysell,

Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu Halle.

Jeder Laryngologe weiss, wie schwierig es ist, Geschwülsten beizukommen, welche im unteren Kehlkopfraume gelegen und so wenig beweglich sind, dass sie durch den Exspirationsstrom nicht über die Stimmbandebene gehoben werden können.

Solche Tumoren nach oben zu luxiren, ist mir mehrfach auf folgende Art gelungen. Ich stach, gleichzeitig laryngoscopirend (Sonnenlicht — Kalklicht) eine weniger als federharte Präparirnadel, ihre Axe genau der Medianebene des Patienten folgen lassend, durch die Haut und durch das Lig. conicum hart am unteren Rande der Cart. thyreoïdea

oder durch diese selbst*) in das Kehlkopflumen ein und spiesste den Tumor an. Durch Senken des Nadelheftes wurde dann mit der nach oben ausweichenden Nadelspitze die Geschwulst in den mittleren Kehlkopfraum gehoben. Blutung so gut wie Null, Schmerz nur bei Durchstechung der oberen Hautschichten empfunden, bedeutendere locale Reaction trotz mehrfacher Wiederholung der Operation in einer Sitzung nie beobachtet. Soll Aetzung oder Fassen der luxirten Geschwulst folgen, so übergebe man entweder den Spiegel oder besser die Nadel in der nöthigen Stellung dem Patienten zur Fixation. In dieser Weise sind seit dem November v. J. zwei Fibrome des unteren Kehlkopfraumes von mir entfernt.

Bald versuchte ich dann auch mit der Nadel selbst zerstörend einzuwirken auf Tumoren, die für die Operation per os ungünstig gelagert waren. Zu diesem Zwecke benutzte ich die Schwartze'sche Trommelfellparacentesennadel. (Auch dies Instrument sollte vor dem Gebrauch leicht ausgeglüht werden, um ihm grössere Zähigkeit zu geben.) Die Nadel wurde wie oben in das Kehlkopflumen eingebracht, multiple Einschnitte, resp. Einstiche in den Tumor gemacht und endlich die Aetzung der emporgehobenen Geschwulst vorgenommen.

In einem Fall von traumatischer (Selbstmordversuch) Verwachsung der Stimmbänder in ihren vorderen Zweidritteln, welche schon bei geringer körperlicher Anstrengung beträchtliche Athemnoth zur Folge hatte, stach ich ein schmalklingiges Tenotom durch die 0,5 Cm. breite Narbe. Als die Spitze des Instrumentes hinter dem dreieckigen diaphragmaähnlichen Verwachsungsbande hervorschaute, wurde der Griff stark gesenkt und dann durch Zug nach unten die Stimmbänder bis fast zur Winkelspitze getrennt.

In analoger Weise lassen sich ohne Zweifel mit der Pravaz'schen Spritze Injectionen in Kehlkopftumoren machen, doch stehen mir nach dieser Richtung hin noch keine Erfahrungen zur Seite.

E. Richter (Breslau). Chirurgie der Schussverletzungen im Kriege mit besonderer Berücksichtigung kriegschirurgischer Statistik. I. Abthlg. I. Theil.

1874. Verlag von **Maruschke & Berendt** in Breslau.

Der Herr Verf., durch sorgsame zuverlässige Arbeiten auf dem Gebiete der Chirurgie längst bekannt, legt uns die erste Abtheilung einer Chirurgie der Schussverletzungen vor, welche Zeugniss ablegen soll, wie diese Disciplin von der schnell vorwärts schreitenden Technik der Waffenconstruction, von der ungemeinen Erweiterung der Verkehrswege und Verkehrsmittel, endlich von den Fortschritten der

*) Bei älteren Individuen ist ein Durchstechen der Cart. thyr. wegen Kalkeinlagerung gerade in den unteren Partieen des Schildknorpels häufig unmöglich. Wird Spaltung des Kehlkopfes nöthig, so hat man in der Nadel ein sehr brauchbares Mittel, etwaige Verkalkungen und deren Ausdehnung zu ermitteln.

naturwissenschaftlichen Fächer beeinflusst und auf den gegenwärtigen Standpunct gehoben worden ist. Eine solche Arbeit kann erfolgreich natürlich ohne eigene Erfahrungen und individuelles Urtheil nicht unternommen werden, fordert aber einen umfassenderen Standpunct insofern, als zu ihrer Bewältigung auch genaueste Kenntniss der früheren Entwicklungsphasen des Fachs, sowie eine rationelle Ausbeutung des gesammten statistischen Materials durchaus nothwendig sind. Ref. muss gestehen, dass die erste Abtheilung, welche wesentlich die Eigenthümlichkeiten der Feuerwaffen und Geschosse, sowie die Einwirkungen der letzteren auf das Ziel im Allgemeinen behandelt, auch wenn man dieselbe nach dem eben angedeuteten Massstab mit aller Strenge beurtheilt, eine in jeder Beziehung gelungene Leistung genannt werden muss, welche auf jeder Seite nicht nur angestrengte Arbeit, sondern auch den ordnenden und scharf sichtenden Geist verräth. — Den Bemerkungen über die Anordnung des Stoffs und über die Flugbahn der Geschosse folgen höchst interessante Abschnitte über die Geschichte der Feuerwaffen, sowie über die Verlustgrössen in den Kämpfen der letzten 130 Jahre, deren allgemeines Resultat dahin zu normiren ist, dass eine Armee relativ wenig von derjenigen Waffe zu leiden hat, in deren Construction und Anwendung sie den Gegner übertrifft (worauf beispielsweise die ungemeine Steigerung der artilleristischen Wirkungen der Deutschen in den Feldschlachten des Jahres 1870/71 reducirt wird), dass von einem bedeutenderen Munitionsverbrauch in den Kriegen der neuesten Zeit nicht die Rede sein kann, dass erfreulicherweise, trotz der ungemeinen Verbesserung der Rohre und ihrer Geschosse, die Gefährlichkeit der Verletzungen, wie deren relative Häufigkeit abgenommen hat, und dass endlich in Folge aller dieser Momente und der besseren therapeutischen Erfolge der Neuzeit, die jüngsten Kriege sehr viel weniger Menschenleben kosteten, als die früheren.

Ein Passus über die physikalischen Aenderungen, welche die Geschosse in dem Geschützrohr und nach dem Verlassen desselben erleiden, schildert u. A. genau die Gestaltsveränderungen der Bleikugeln beim Aufschlagen auf Weich- und Hartgebilde und die Umsetzung der mechanischen Bewegung derselben in eine moleculäre, d. i. Wärme. Selbst wenn das Bleiprojectil in seinem Laufe allein durch Weichtheile aufgehalten wird, ist der grösste Theil der lebendigen Kraft desselben sich in Wärme umzusetzen befähigt, welche, namentlich bei plötzlich auftretender Hemmung des Geschosses, sogar bis zum Schmelzungspunct des Bleis sich steigern kann.

Die physikalischen Wirkungen der Geschosse aufs Ziel werden zunächst an einfacheren Substanzen (Metall, Glas, Holz), dann an der Haut und dem Knochensystem deducirt, wobei die Schusseingangs- und Ausgangsöffnungen genau besprochen und die Leistungen von Guthrie, Dupuytren, Pirogoff, Simon und v. Langenbeck in historischer Reihenfolge zur Besprechung gelangen. Ueber die Aenderungen dieser Wirkungen seit Einführung gezogener Rohre glaubt Verf. dahin urtheilen zu dürfen, dass sich mit der Constructionsver-

besserung keineswegs auch immer die Geschosswirkung vergrössert und verschlimmert habe; und dass namentlich das Chassepotgewehr abzüglich seiner Wirkungen auf kurze Distanz in vieler Beziehung leichtere Verletzungen setzt als die Kugeln, welche viele Gewehre älterer Construction schleudern.

Gewehrschüsse auf kurze Distanz und explosionsartige Geschosswirkungen kommen zu vollendeter Behandlung.

Ref. bedauert mit diesen wenigen Bemerkungen nicht mehr als unvollständige Andeutungen über den reichen Inhalt gegeben zu haben, und empfiehlt das Buch Jedem, der rein theoretischen Raisonnements Thatsachen vorzieht, welche mit vieler Schärfe und wissenschaftlichem Sinn aus eigener Anschauung aus den Einzelleistungen früherer Generationen und denen der schnell voranschreitenden Neuzeit gewonnen wurden.

Wilh. Koch (Berlin).

Don Constancio Silva. Algunas consideraciones sobre los hospitales de Santiago.

(Inauguraldiss. Santiago de Chile 1871.)

Nach Principien der französischen Schule (Becquerel, Andral, Gavarret, Poumet, Riveil, Trousseau, Tarnier) prüft Verf. die Nosocomial-Atmosphäre der Spitäler von Santiago. Für eine der gesündesten Anstalten hält er San Francisco de Borja. 1870 wurden daselbst 7941 Kranke aufgenommen, wovon 1478 starben. — Das Hospital San Juan de Dios nahm in demselben Jahre 7536 Pat. auf; hiervon starben 1598, d. h. 1 : 4,71. — Dies Hospital ist das grösste der Republik und der Hauptstadt und nimmt die meisten chirurgischen Fälle auf. — Santo Domingo und Santa Rosa nehmen je 52 Kranke auf (1 : 4,12 Mortalität) und enthalten klinische Säle, denen die schwersten Pat. zugewiesen werden. — In San Camilo y San Lucas herrscht in den chirurgischen Sälen Erysipel, Nosocomialgangrän und Pyämie. — Das Militärhospital, ein ehemaliges Kloster, beherbergt gewöhnlich 110 Individuen im Durchschnitt, meist Syphilitische, deren Geschwüre leicht einen phagedänischen Charakter annehmen. — Ebenso birgt das Gebärhaus unausgesetzt Fälle von Puerperalfieber, fordert daher ebenfalls, dass den erschreckenden Uebelständen Abhülfe geschaffen werde.

Ullersperger (München).

Goltz (und **Freusberg**). Ueber die Function des Lendenmarks des Hundes.

(Arch. f. die ges. Physiologie Bd. 8. p. 460—498.)

Nach Versuchen der Verf. ist der Sitz des Centrums für die Erection im Lendenmark zu suchen und nicht im Gehirn, wie Eckhard angiebt. Denn nachdem sie bei Hunden das Lendenmark von dem übrigen Centralnervensystem abgetrennt hatten, konnten sie noch durch Friction des Gliedes eine Erection regelmässig herbeiführen. — Dies

gelang nicht mehr, wenn das Lendenmark selbst mit zerstört wurde. Diese reflectorischen Erectionen werden durch gleichzeitige Erregung des N. ischiadicus oder durch sensible Reizung der Haut des Hinterkörpers vereitelt. Es stellt dies eine Reflexhemmung dar, wie sie auch anderweitig Analogieen hat. Unter normalen Verhältnissen erfolgt, wie bekannt, auch vom Vorderkörper durch Erregung der Sinnesnerven oder der Vorstellungs- und Einbildungskraft Erection und Hemmung derselben in mannigfacher Weise. Hiernach ist anzunehmen, dass vom Gehirn aus Nervenfasern, in der Bahn des Rückenmarks verlaufend, in directe Verbindung mit diesem Erectionscentrum des Lendenmarks treten.

Das Lendenmark ist ferner der Sitz des Centrums für die Entleerung der Harnblase; auch dies Centrum kann in durchaus analoger Weise, wie das Erectionscentrum, in reflectorische Thätigkeit versetzt und in seiner Thätigkeit wiederum gehemmt werden.

Endlich hat der Schliessmuskel des Afters sein Centrum im Lendenmark. Wird einem Hunde, dem das Lendenmark abgetrennt ist, der Finger ins Rectum eingeführt, so erfolgen auf diesen dauernden Reiz nicht, wie man erwarten sollte, dauernde, tonische, sondern, was besonders interessant ist, rythmische Contractionen des Sphincter ani. Wird dagegen gleichzeitig ein sensibler Nerv gereizt, so erfolgt keine Contraction mehr, eine Erscheinung, die ebenfalls auf eine Hemmungswirkung zurückzuführen ist. Weiterhin fanden G. und Fr., dass nicht nur im Halsmark, wie bislang angenommen, das vasomotorische Centrum seinen Sitz habe, sondern dass vasomotorische Centren durch das ganze Rückenmark, einschliesslich des Lendenmarks, verbreitet sein müssen. Das Lendenmark anlangend, zeigten die Verf., dass nach Abtrennung desselben vom übrigen Mark eine Temperatursteigerung in den Hinterbeinen zu constatiren ist, die allmälig wieder nachlässt und später sogar bis unter die Temperatur der Vorderbeine fällt. Wurde das abgetrennte Lendenmark zerstört, so starben die Thiere nach 30 Stunden. Wurde dagegen nur die eine Hälfte des Lendenmarks zerstört, ohne dass es von dem übrigen Mark abgetrennt wurde, so trat in den Hinterpfoten der operirten Seite eine Temperatursteigerung ein, die bis zum Tode anhielt.

(Es ist bemerkenswerth, dass fast gleichzeitig und von G. unabhängig A. Vulpian durch seine Versuche zu demselben Schlusse, dass im ganzen Verlaufe des Rückenmarks Gefässnervencentren vorhanden sein müssen, gelangt ist [vergl. Comptes rendus T. 78 (1874), p. 472—475], eine Uebereinstimmung, welche die Richtigkeit der G.'schen Versuche und Schlüsse nur zu bekräftigen vermag. Ref.).

J. Munk (Strassburg i/E.).

Marion Sims. On intra-uterine fibroids.

(New-York med. Journ. 1874. No. 4. p. 337.)

In einem bei der letzten Jahresversammlung der New-York State med. Society gehaltenen Vortrage über intra-uterine Fibroide theilt

S. aus seiner reichen Erfahrung eine Reihe von Fällen mit, welche er innerhalb des letzten Jahres beobachtete und knüpft hieran äusserst beachtenswerthe Bemerkungen über die operative Entfernung derselben, welche er mit Recht als eine der grossen Errungenschaften der modernen Chirurgie betrachtet.

S. begreift unter der Bezeichnung intra-uterine Fibroide diejenigen submucösen Fibroide, welche sich von den sogenannten fibrösen Uteruspolypen blos dadurch unterscheiden, dass sie nicht gestielt aufsitzen, sondern mit breiter Basis in die Höhle des Uterus hineinragen; dieselben sind immer abgekapselt und gewöhnlich solide, seltener mit multiloculären Cysten durchsetzt.

In den beiden zuerst mitgetheilten Fällen von Uterusfibroiden, von denen das eine die Grösse einer Faust, das andere die einer Orange besass, machte S. mit bestem Erfolge die Exstirpation durch Ausschälung derselben aus ihrer Kapsel. Beide Fälle boten für die Operation deshalb günstige Chancen, weil durch die Geschwulst der Cervicalkanal und Muttermund bereits hinreichend erweitert waren, so dass keine vorgängige künstliche Erweiterung nothwendig war. — Der 3. Fall betraf eine 35jährige Frau mit profusen Menorrhagien, bei der sich ein orangengrosses Fibroid in der Uterushöhle vorfand. Zuerst wurde der sehr enge Cervicalkanal durch bilaterale Spaltung erweitert, dann nach einigen Monaten die Kapsel des Fibroids einige Zoll weit gespalten; in Folge dessen rückte der Tumor allmälig aus der Uterushöhle in die Scheide vor und wurde nach weiteren 2 Monaten exstirpirt. Vollständige Heilung. —

Im 4. Falle handelte es sich bei einer 30jährigen Frau um ein sehr voluminöses, beinahe 2 Pfund schweres Uterusfibroid (das grösste von S. operirte), welches mit Ausnahme einer Seite allenthalben an der Innenfläche des Uterus adhärirte; dabei jungfräuliche Weite des Muttermundes und Cervicalkanales. Zuerst bilaterale Incision der Cervicalportion, nach 2 Monaten Spaltung der Kapsel, nach weiteren 3 Monaten, nachdem der Tumor bis in den äusseren Muttermund herabgetreten war, Ausschälung und Entfernung der Geschwulst. Genesung. — Im 5. Falle Exstirpation eines intra-uterinen Fibroids bei einer 54jährigen Frau, nachdem der Cervicalkanal Tags zuvor durch Einlegen von Pressschwamm und ausserdem während der Operation durch Incisionen mit dem Messer erweitert worden war. Vollständige Heilung nach 14 Tagen. — Der 6. Fall betrifft die glückliche Exstirpation eines enormen Cysto-Fibroids des Uterus bei einer 45jährigen Frau im Zustande extremer Anämie. Die Geschwulst innerhalb der Höhle des Uterus hatte die Grösse einer 7monatlichen Frucht und ausserdem füllte noch eine kindskopfgrosse Portion derselben im Zustande beginnender Gangränescenz die Höhle der Scheide aus; der Cervicalkanal war in demselben Grade wie intra partum nach dem Durchtritte des Kopfes erweitert. Zuerst wurde der Scheidentheil des Tumors mit stumpfer Gewalt zerbröckelt und stückweise entfernt, hierauf die intra-uterine Partie desselben in toto ausgeschält

und hervorgezogen. Bei der schliesslichen Durchschneidung einzelner starker Verbindungsstränge zwischen Geschwulst und Uteruswand trat heftige Blutung ein, welche durch Tamponade sistirt wurde. Complete Heilung. —

Im Anschluss an diese 6 durch Exstirpation geheilten Fälle berichtet S. über 3 weitere Beobachtungen von intra-uterinen Fibroiden, welche nach spontanem Durchbruch der Kapsel allein durch die austreibende Kraft des Uterus in die Scheide ausgestossen wurden; dieselben wurden dann von hier aus nach der Durchtrennung ihrer Adhäsionen entfernt.

Endlich erwähnt S. noch 3 Fälle mit unglücklichem Ausgange: in dem 1. Falle, welcher übrigens der bereits erwähnten 6. Beobachtung ganz analog war, trat nach der glücklichen Exstirpation des Tumors in Folge von Sepsis der Tod ein. In dem 2. Falle, bei einer äusserst herabgekommenen Frau von 42 Jahren mit einem kindskopfgrossen Uterusfibroid, musste die Operation wegen heftiger Blutung nach Eröffnung der Kapsel abgebrochen werden und am folgenden Tage trat der tödtliche Ausgang unter den Erscheinungen einer urämischen Intoxication, welche S. als Folge der Aethernarkose betrachtet. Im 3. Falle trat 7 Tage nach der Einführung von Pressschwamm in den Cervicalkanal zum Zwecke der Untersuchung eines Uterusfibroids der Tod ein, welcher durch die Perforation eines Abscesses in die Peritonealhöhle herbeigeführt wurde.

Zum Schlusse giebt S. folgende fundamentale Regeln für die operative Entfernung der Uterusfibroide. Die erste Vorbedingung besteht in einer genügenden Weite des Cervicalkanales und in der Eröffnung der das Fibroid umhüllenden Kapsel. Nach der Incision der Kapsel ist das spontane Herabtreten des Tumors und die consecutive allmälige Erweiterung des Cervicalkanales abzuwarten; die Enucleation der Geschwulst darf erst in Angriff genommen werden, wenn die Oberfläche derselben sich im Niveau des Orific. uteri ext. präsentirt. Die Exstirpation geschieht in folgenden 5 Acten: 1) Lagerung der Pat. in der linken Seitenlage und Erweiterung der Vagina mit Sims'schem Speculum. 2) Vorziehen des vorgelagerten Geschwulsttheiles mit Zange oder Haken. 3) Spaltung der Kapsel mit dem Messer rings dicht an den Rändern des Orificium. 4) Ausschälung der Geschwulst aus ihren Verbindungen mit der Kapsel, theils mittelst des Fingers, theils mittelst eines besonderen von S. angegebenen stumpfen Instrumentes (»Enucleator«), welches im Original in zweierlei Modificationen abgebildet ist. 5) Entfernung der Geschwulst mit einem scharfen Doppelhaken, mit welchem dieselbe möglichst hoch oben gegen den Fundus des Uterus zu angehakt und unter Drehung um seine Längsaxe herausgezogen wird.

Die Blutung nach der Operation ist gewöhnlich nicht bedeutend, zuweilen jedoch sehr heftig. Sie wird sistirt durch Tamponade der Uterushöhle mit Baumwolletampons, welche mit Eisenchloridsolution getränkt sind, und durch exacte Ausfüllung der Scheide mit einfacher Baumwolle. Der Vaginaltampon muss schon nach 10—12 Stunden

wieder entfernt werden, der Uterintampon nach 24, längstens 36 Stunden. Hierauf soll, um eine septische Zersetzung der Wundsecrete zu verhüten, sowohl die Scheide, als die Uterushöhle durch Irrigation mit wässriger Carbolsäurelösung, welche nöthigenfalls in kurzen Zwischenräumen wiederholt wird, ausgespült werden.

P. Bruns (Tübingen).

J. Engel (Wien). Die Verkrümmungen der Wirbelsäule.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 10 u. 11.)

Verf. behandelt in seiner Abhandlung besonders die habituelle Scoliose, die in den Jahren der grössten Körperentwicklung hauptsächlich entsteht, sowie die durch Wirbelcaries bedingte Kyphose. Auf Grund vielfacher Messungen aller Dimensionen der bei genannten Affectionen betheiligten Knochen im normalen und pathologischen Zustand, kommt E. zu dem Resultat, dass Scoliose, mit und ohne secundäre Kyphose, auf einer Wachsthumsanomalie der Wirbelkörper beruhe. E. findet, dass die Länge der normalen Brustwirbelsäule stets grösser, als die (nicht in der Sehne, sondern im Bogen gemessene) bei Kyphose und Scoliose, auch auf deren convexer Seite, ist. Die Lendenwirbelsäule ist überall gleichlang. Die Höhendifferenz in der Brustwirbelsäule ist nicht bei allen Wirbeln gleich; die Wirbel, welche in die grösste Krümmung fallen, zeigen die grösste Höhendifferenz. Messungen der Rippen ergaben ferner, dass auch sie bei allen Rückgratverkrümmungen verkürzt sind, bei Kyphose weniger, als bei Scoliose, 1. und 2. Rippe sind von Verkürzung frei, am meisten sind 7., 8. und 9. Rippe betroffen. Ebenso ist die Breite der Rippen und die Länge der Rippenknorpel vermindert, sowie die des Sternums. Ferner findet E. einen Beweis für das ungleiche Höhenwachsthum der Wirbelhälften in der Richtung der Knochenfasern; ungleiche Belastung oder Entlastung mag mit concurriren. Ungleiches Wachsen zusammengehöriger gegenständiger Rippen bedingt aber die Axendrehung der Wirbel und die bei höheren Graden von Scoliose stets damit verbundene Kyphose (vergl. C. Hüter's sorgfältige Untersuchungen über diesen Gegenstand).

v. Mosengeil (Bonn).

Giovanni Reali. Ueber die Behandlung der angeborenen Schädel- und Rückgratsbrüche und ihren Ausgang.

(Inauguraldiss. Zürich 1874. 205 S. 8⁰ mit 4 Tafeln.)

Mit grossem Fleisse hat R. aus der Literatur über 300 Fälle angeborener Schädel- und Rückgratsbrüche gesammelt, eine Anzahl neuer Beobachtungen denselben angereiht und das gesammte casuistische Material in wohlgeordneten, den Hauptheil der Arbeit bildenden Tabellen nach den Beobachtern, dem Sitz, der Behandlung, der Dauer und dem Ausgang des Leidens zusammengestellt. Genauere, jedem Falle beigefügte Notizen erhöhen noch den Werth dieser umfangreichen

Casuistik. An der Hand dieses Materials bespricht R. Symptome, Verlauf, Prognose, Diagnose und Therapie der einzelnen Formen genannter Geschwülste, während dagegen die so schwierigen Kapitel der Anatomie und Pathogenese derselben nicht in den Rahmen der Untersuchung gezogen worden sind.

Die Eintheilung der Geschwülste (Meningocele cerebralis und spinalis; Encephalocele und Myelocele; Hydrencephalocele und Hydromyelocele) entspricht dem jetzigen Standpuncte unserer Kenntnisse dieser Affectionen; doch ist vielleicht zu bemerken, dass die Rubricirung des einzelnen Falles in diese oder jene Kategorie bei den oft verwickelten anatomischen Verhältnissen — zumal ohne genauen Sectionsbefund — nicht selten eine höchst precäre Sache ist, dass daher auch die auf solcher Eintheilung basirenden diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Schlussfolgerungen cum grano salis aufzunehmen sind (Ref.). — Die genaueren Details eignen sich nicht zum Auszug und muss hierfür auf das Original verwiesen werden.

Krönlein (Berlin).

Dr. Josephsohn, Oberstabsarzt. Ueber Osteome in den Adductionsmuskeln von Cavalleristen (Reitknochen).

(Deutsche militärärztliche. Zeitschr. 1874. Hft. 2.)

J. beschreibt 7 Fälle obiger Neubildung an oder nahe der Ansatzstelle der Adductoren an das Scham- und Sitzbein bei Cavalleristen, welche ungewohnten und angestrengten Reitübungen unterzogen worden waren. Die Erkrankung begann mit ziehenden oder plötzlichen reissenden Schmerzen an der inneren Lendenseite, welche vorzugsweise beim Reiten auftraten, und führte zur Bildung einer taubenei- bis gänseeigrossen Geschwulst unterhalb des lig. Poupartii von weich elastischer, stellenweis knochenharter Consistenz, die den forcirten Gebrauch der Extremität theils mechanisch, theils durch Schmerzhaftigkeit hinderte. Das Osteom sass in 2 Fällen den Beckenknochen fest auf, nämlich 1 Mal am ram. ascendens oss. ischii und 1 Mal am horizontalen Schambeinast, jedesmal mit spitzem oder gabeligem Fortsatze in die Ansatzsehnen hinein (Exostosis apophytica); in den übrigen 5 Fällen befand es sich 1—3 Cm. von der Insertion entfernt, und zwar 3 Mal im M. pectineus, 2 Mal im M. adductor longus. Das Osteom war hier entweder in der Muskelmasse selbst, oder in deren sehniger Apophyse enthalten und entsprach mit seiner Längsaxe genau der Faserrichtung der Muskelbündel (discontuirliche tendinöse und muskulöse Osteome). — Die klinische Diagnose, welche der Consistenz nach Zweifel zuliess, gründet sich auf die mehrfach gemachte anatomische Erfahrung bei Gelegenheit von Sectionen oder Exstirpationen, ferner auf die grössere Häufigkeit des Vorkommens von Muskelosteomen, resp. ossificirten Fibromen (nach Lücke identisch), gegenüber reinen Fibromen oder Enchondromen. Die histiologische Untersuchung ist in keinem der Fälle ausgeführt worden.

Exstirpirt wurde 1 Mal; dabei zeigte sich, dass die Geschwulst aus einem knochenähnlichen, walzenförmigen Kern bestand, welcher mit den Fasern der Pectineus innig verschmolzen und ringsum von blasser ödematöser Muskelmasse umkleidet war.

Aetiologisch nimmt Verf. sowohl die mechanische Insultation jener Körperstellen beim Reiten, als auch die excessiv angestrengte Thätigkeit der Adductoren in Anspruch (»Reitknochen«); beide Momente führten zur dauernden Hyperämie, bei längerer Einwirkung zu chronischer, hyperplastischer Entzündung des interfibrillären Bindegewebes, welche in diesen Fällen den Ausgang in Ossification nahm (Myositis chronica ossificans). In 2 Fällen scheint neben jenen Einflüssen noch eine Zerreissung stattgefunden zu haben, wofür der plötzlich auftretende, ruckweise Schmerz spricht. Entsprechend der Angabe Virchow's, nach welcher die Beckenexostosen (»ossa praepubica«) vorzugsweise bei Schustern und Sattlern vorkommen sollen, hält Verf. die Annahme der gleichen »individuellen Prädisposition« auch für die Bildung der Reitknochen zulässig; es befanden sich unter seinen 7 Fällen 2 Sattler, 1 Schuster, 1 Kesselschmied, 1 Schmied.

Aehnliche Beobachtungen von »Reiterknochen« sind von Billroth (Deutsche Klinik 1855. 27), sowie von Virchow (Geschwülste, II, p. 71) und Volkmann (Pitha und Billroth's Handbuch, II, p. 854) gemacht. Beispiele für analoge (heteroplastische) Osteombildung in Muskeln sind ferner der Excercirknochen des M. deltoides (Henle) und namentlich die acuten entzündlichen Ossificationen der brachialis interni nach Turnen (Pitha und Podrazki — Wiener med. Presse, XIV, p. 406).

Arn. Hiller (Minden).

N. Friedreich, Prof. in Heidelberg. Der acute Milztumor und seine Beziehungen zu den acuten Infectionskrankheiten (vorgetragen am 12. Novbr. 1873 in der Sitzung des medic. Vereins in Heidelberg).

(Sammlung klinischer Vorträge No. 75.)

In seiner sehr interessanten kurzen Mittheilung macht der Verf. zuerst auf die häufige Schwellung der Milz bei acuten Infectionskrankheiten (Typhus, Septikämie, Intermittens etc.) aufmerksam, erwähnt die Beobachtung, dass bei den verschiedenen Erkrankungen die Milzschwellung mehr oder minder lang dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit vorausgehe, in der Reconvalescenz mehr oder minder lang bleibe, und dass hiermit die Recidivfähigkeit in directer Beziehung stehe. Ausser bei Typhus, Scarlatina, Morbillen, gewissen Formen von Coryza und Angina, sowie bei der von F. als »erysipelatöse Pneumonie« bezeichneten Erkrankung, betont er das Auftreten des Milztumors schon während der Incubationszeit bei der für Chirurgen wichtigeren Rachendiphtherie (wobei er die Rachenaffection nur

als örtlichen Ausdruck einer Allgemeinerkrankung auffasst), sowie bei Erysipelas faciei, für welches er in vielen Fällen traumat. Genese durchaus ausschliesst. Hypothesen und Reflexionen über Entstehung und Bedeutung des Milztumors folgen, aus denen ich besonders hervorhebe, dass er dem Virus der Schizomyceten keine sehr grosse Resistenz im Kampfe gegen den von ihnen angegriffenen Organismus zuschreibt, da sie sich sonst bei ihrer Vermehrungsfähigkeit unter für sie günstigeren Verhältnissen rapid vermehren müssten. Ferner werden die wesentlichen Unterschiede zwischen den Gährungserscheinungen und den so gern mit ihnen identificirten Symptomen der Infection betont, und stellt Verf. die Hypothese auf, dass gewisse von den Schizomyceten während ihres Aufenthaltes im Blute abgesonderten Stoffe, als die eigentliche Schädlichkeit bezeichnet werden müssen. In der Milz trete in Folge der langsameren Bewegung der Schizomyceten und der Anhäufung derselben eine frühzeitige Concentration des Giftes ein. Dieses rufe eine directe Reizung der Milzpulpa hervor, noch ehe andere Krankheitserscheinungen auftreten.

v. Mosengeil (Bonn).

A. Bonnière. Recherches nouvelles sur la blennorrhée.

(Archives générales de médecine 1874. No. 4.)

Auf eine Reihe von directen Inoculationsversuchen von Tripper-eiter auf verschiedene Schleimhäute sowie auf anatomische Befunde gestützt, kommt Verf. zum Resultat, dass nicht alle Schleimhäute für dieses Virus empfänglich sind.

Immun sind diejenigen des Rectum, des Thränenganges, der Nase, des Uterus, mit Ausnahme des Cervicalkanals, der Duct. ejaculatorii (?), der Vesiculae seminales (?), des Vas deferens (?), der Ausführungsgänge der Prostata und der Cooper'schen und Bartholin'schen Drüsen, während Glans, Praeputium, Urethra, Anus, Cavum oris, Vulva, Vagina, der untere Theil des Cervicalkanals, die Ausführungsgänge der Littre'schen Drüsen und der Utriculus prostaticus ein günstiger Boden für die Infection sind.

Eine Erklärung für diesen Unterschied sucht Verf. darin, dass alle inficirbaren Schleimhäute mit Pflasterepithel oder Papillen versehen sind und ein oberflächliches, subepitheliales Netz von Lymphkanälchen haben, während die anderen mit cylindrischem Epithel bedeckt sind und ein oberflächliches Blutgefässnetz besitzen (?).

Girard (Strassburg i/E.).

M. Duplay. Operationsverfahren bei Perineo-Scrotal-Hypospadie.

(Gazette des hôpitaux 1874. No. 31. Société de chirurgie, séance du 28. Jan. 1874.)

Verf. beschreibt sein Verfahren, welches der von Thiersch für Epispadie angegebenen Methode (Archiv d. Heilkunde 1869, pag. 20) vollständig ähnlich ist. Es besteht darin, dass zuerst die Ure-

thralöffnung an der Eichel, dann der übrige Theil des Urethralkanals bis in die Nähe der natürlichen Oeffnung der Harnröhre hergestellt wird; schliesslich wird das Ende des künstlichen Kanals mit dem Anfang des natürlichen verbunden. Die Schnittführung schliesst sich vollständig an die Methode von Thiersch. Bis jetzt ist das Verfahren bei einem $4^1/_2$jährigen Kinde und bei einem Mann von 21 Jahren erprobt worden. Ein dritter Pat. von 4 Jahren verliess vor Beendigung der Cur die Behandlung. Bei dem $4^1/_2$jährigen Kinde war der neue Urethralkanal in einem Zeitraume vom 19. Jan. bis 13. Aug. 1869, beim Erwachsenen vom 21. Mai bis Anfangs Decbr. 1873 hergestellt worden. Zwischen den einzelnen Operationen hatte D. absichtlich lange Zwischenräume gelassen. Die Vereinigung des künstlichen Urethralkanals mit dem natürlichen ist bei dem Kinde bis jetzt 2 Mal vergebens versucht worden und glaubt D., dass dieser Theil der Operation überhaupt erst im späteren Lebensalter zu machen sei. Beim geringsten Tenesmus presste das Kind, so dass der Urin neben dem catheter à demeure abfloss und eine Vereinigung der Wundflächen verhinderte. Bei dem Erwachsenen soll erst demnächst die Vereinigung der beiden Urethraltheile versucht werden.

Tillmanns (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

G. Leopold. Ueber Sarcoma uteri.

(Arch. f. Gynaekologie 1874. Hft. 3.)

L. beobachtete einen Fall von Uterussarcom bei einer 43jährigen Frau, welche 8 mal geboren hatte (darunter 3 Frühgeburten u. 2 künstliche Placentalösungen). Der Tumor war von Hühnereigrösse und sass der hinteren Cervicalwand mit breiter Basis auf. Die Exstirpation desselben wurde mit vollständigem Erfolge in der Weise ausgeführt, dass innerhalb 6 Tagen durch wiederholte Incisionen die Kapsel gespalten und dann die Geschwulst ausgeschält und in toto entfernt wurde. Die Blutung bei der Operation war gering, der weitere Verlauf günstig. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein reines Spindelzellen-Sarcom.

P. Bruns (Tübingen).

Don Enrique Suender, Amputacion isquemica.

(El Anfiteatro anatomico Español 1874. No. 35.)

Im April d. J. hat S. in Gegenwart mehrerer Stabsärzte im provisorischen Militärhospital der Ursulinerinnen zu Santander zum ersten Mal in Spanien Esmarch's Methode der Blutersparuug bei einer Amputation des Oberschenkels im oberen Dritttheil angewandt. Der Erfolg war ein vollkommner, der Verlust betrug weniger, als eine Unze. **Ullersperger** (München).

Socin. Ein Fall von acuter traumatischer Kniegelenksvereiterung mit Beibehaltung der Functionen geheilt.

(Correspondenzblatt für schweizerische Aerzte 1874. No. 13.)

Verf. hat einen Fall von acuter traumatischer Kniegelenksvereiterung nach dem Vorschlage Reyher's, die Resection bei solchen Zuständen durch die combinirte Anwendung der forcirten Distraction mit der Drainirung des Gelenkes zu

ersetzen, mit schönem Erfolg behandelt. Nach 11 Wochen konnte der Kranke ohne Ankylose geheilt entlassen werden. **Girard** (Strassburg i/E.).

Amiraux Godfray. Fracture of cervical spine; great rise of temperature after death.

(The Lancet 1874 No. 26 p. 903.)

Ein 40jähriger Mann hatte sich durch Fall aus bedeutender Höhe eine Halswirbelfractur zugezogen mit allen ihren bekannten Symptomen.

Bei dem Herumdrehen auf die Seite, welches Manöver der Arzt machte, starb der Kranke. Tod um 11 Uhr Morgens. Temperatur kurz vorher 106° F., 5 Minuten nach dem Tode 107°, eine Stunde nach dem Tode 105,3°, im Rectum $1\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Tode 109°, 105,2° in der Inguinalgegend. 3 Stunden nach dem Tode waren im Rectum noch 106,2°.

G. führt die Temperatursteigerung nach dem Aufhören des Lebens 1. auf den Rigor mortis, 2. auf die Contraction der Hautcapillaren, 3. auf die Leitung des die Wärme regulirenden centralen Centrums, zurück. **Leisrink** (Hamburg).

George Atwood. (Fairhaven, Massachussett). Acute periostitis of the occiput and upper cervical vertebrae.

(The Boston med. and surg. Journ. 1874. No. 12 p. 277.)

Die Krankheit betrifft einen 50j. wohlgenährten und kräftigen Mann. Sie begann mit einer von sehr heftigen Allgemeinerscheinungen begleiteten erysipelatösen Röthung der linken Seite des Halses und Kopfes. Die Theile stark geschwollen und die Epidermis an einzelnen Stellen in Blasen abgehoben. Auch in Mund, Rachen und Lungen zeigten sich Störungen. Diese Erscheinungen bildeten sich wieder zurück und nach 3 Wochen schien Pat. in der Reconvalescenz sich zu befinden. Auf einmal Auftreten von heftigen Schmerzen im Nacken, häufige Contractionen der Nackenmuskeln und Trismus. Auch diese Erscheinungen besserten sich langsam wieder und Pat. wurde wieder fähig, sein Bett zu verlassen, doch stützte er beim Aufstehen und Niederlegen stets den Kopf mit beiden Händen. Etwa 3 Monate nach Beginn der Krankheit konnte P. bei Drehungen des Kopfes ein »schnappendes« Geräusch wahrnehmen. Dieses »Schnappen« wurde auch von dem behandelnden Arzt gehört und war ebenso durch Betasten wahrnehmbar. Kurze Zeit darauf trat nach einem solchen Geräusch Lähmung des rechten und in geringerem Grade auch des linken Armes, des Sphincter Vesic. et Rect. und ein kriebelndes Gefühl in den untern Extremitäten auf. Der Kranke hatte dabei das Gefühl, als ob sein Körper sich verkürzt habe, so dass er von Kopf zur Zehe nur 6 Zoll messe. Nachdem sich auch diese Erscheinungen gebessert hatten, erfolgte eines Tages, 5 Monate nach Beginn der Krankheit, ganz plötzlich der Tod. Als Sectionsbefund wird mitgetheilt, dass die Weichtheile und Bandapparate um und zwischen der Hinterhauptschuppe und I. und II. Halswirbel erweicht und leicht zerreisslich gewesen seien. Das Lig. transvers. des Zahnfortsatzes vom Epistropheus war zerstört und die Beweglichkeit des Kopfes frei; Atlas und Epistr. waren vom Periost entblösst und liess sich dasselbe von der Hinterhauptschuppe in einer Entfernung von 1 Zoll vom Foramen magnum leicht abziehen. Der Körper des Atlas war weich und die Knorpel seiner 4 Gelenkflächen zerstört. Eiter oder sonstiges Exsudat war nicht vorhanden. Die Medulla und ihre Umhüllung hatten ein gesundes Ansehen **A. Burger** (London).

Lane. Perforation des Rectum durch Fremdkörper, complicirt durch eingeklemmten Bruch; Unterleibsentzündung, Tod.

(British med. Journ. 1874. Mai 9. p. 611.)

Ein 50jähriger Schutzmann kam mit eingeklemmter linksseitiger Scrotal-Hernie in das St. Mary's Hospital. Obwohl die Taxis in der Narkose leicht gelang, dauerte das Erbrechen weiter fort, ja wurde fäculent. Erneute Untersuchung

zeigte die Hernie (Pat. hatte nie ein Bruchband getragen) leicht reducibel, die Bruchpforte frei, keine anderweitige Hernie, aber im Mastdarm einen apfelgrossen Fremdkörper, der nach der Entfernung sich als ein Ballen aufgerollten Flanells erwies; ein zweiter Ballen wurde herausgeholt und noch fühlte der Finger eine dritte harte Masse; durch Injectionen wurden zwei 3″ lange und 2″ breite und dicke, harte Seifencylinder herausgefördert. Bald darauf klagte Pat. über starke Schmerzen im Unterleibe, collabirte und starb am Abende. Nach den Angaben des Pat. hatte derselbe, um durch eine heftige Diarrhöe nicht im Dienste gehindert zu werden, sich zuerst die Seifenzapfen als Obturatoren eingebracht, und als dadurch der Verschluss noch nicht genügend erreicht war, dieselben durch die Flanell-Kugeln verstärkt. Die durch seine Frau versuchte Entfernung war nicht gelungen.

Section. Frische diffuse Peritonitis mit serös eitrigem Erguss und fibrinösen Beschlägen; im Becken Fäcalmassen, die durch eine rundliche Oeffnung im Darm, 8″ über After gelegen, herausgetreten waren; tiefer abwärts eine zweite Ulcerationsstelle; in der Nähe der Perforationstelle war die Mastdarmschleimhaut dunkel, gangränös.

Pilz (Stettin).

J. v. Lenhossék. Knorpelähnliche und wahre Knochenbildung im männlichen Gliede des Erwachsenen.

(Virch. Archiv Bd. LXI.)

Im Penis eines 42 Jahr alten Individuums fanden sich »systematisch ausgebildete Knochenstücke und knorpelähnliche Gebilde«. Es war möglich zu isoliren 1) einen Dorsalknochen mit einer Winkelrinne für die Dorsalblutgefässe 2) drei auf einander folgende Ventralknochen mit einer Winkelrinne für die Harnröhre — Urethralknochen. Sämmtliche gingen aus dem bereits theilweise in knorpelähnliche Substanz umgewandelten septum medianum fibrosum der corpora cavernosa penis hervor. Die mikroskopische Untersuchung zeigte wahre Knochensubstanz und bewies, dass das Balkengewebe des penis sich theilweise in verdichtetes, mit elastischen Fasern und spärlichen Gefässen durchzogenes Bindegewebe, und letzteres wieder theilweise in wahre Knochensubstanz umgewandelt hatte.

Anhangsweise theilt Professor v. Siegmund mit, dass er fünf Fälle von knochenähnlichen Verhärtungen am Penis Lebender gesehen habe und sie für eine complete Ossification der Lymphgefässstränge ansehe (?) Alle diese Kranken litten an Syphilis. **Madelung** (Bonn).

John Homans. Boston. Cases of ovariotomy. Double ovariotomy.

(The Boston med. and surg. Journ. 1874. No. 15. p. 349.)

Nach Entfernung von 2 Geschwülsten, den beiden Ovarien angehörig, brachte H. eine Drainage-Röhre so an, dass er das eine Ende derselben, nachdem er die Vaginalwand neben dem Uterus durchstochen, aus der Scheide, das andere aus dem unteren Winkel der Bauchwunde herausleitete. Der Fall verlief ungünstig. Die Patientin, eine Frau von 33 Jahren, starb 36 Stunden nach der Operation in Folge allgemeiner Peritonitis. **A. Burger** (London).

T. Pridgin Teale. Ovariotomy in extremis.

(The Lancet 1874. No. 18.)

1. Fall. Eine 32jährige Frau wurde am 12. Juli 1873 von einem todten Kinde entbunden. Ihr Leib blieb stärker und wurde nach und nach so dick, dass Pat. kaum athmen konnte. Am 2. September wurde durch Punction 16 Pinten einer visciden Flüssigkeit entzogen, doch konnte die Cyste nicht ganz entleert werden.

Am 6. Octbr. war der Zustand ein ganz schlechter durch neues und plötzliches Anschwellen des Leibes und durch heftigen Schmerz. Puls schwach, Extremitäten kalt, unstillbares Erbrechen. Punction entleerte grosse Mengen Flüssigkeit; 36 Stunden nachher äusserster Collaps. Die sofort vorgenommene Ovariotomie zeigte den Bauchraum voller Flüssigkeit von einer geborstenen Ovarialcyste. Acute Peritonitis. Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand und den Därmen. Der Sack wurde mit einiger Schwierigkeit entfernt, der Stiel befestigt (wie?) und die Bauchhöhle möglichst von der Flüssigkeit gereinigt. Am 5. Tage Peritonitis, am 6. Tage Tod.

2. Fall. Am 17. Octbr. 1873 wurde zur Vornahme der Ovariotomie eine Frau aufgenommen, welche im Juli ihr erstes Kind geboren hatte. 3 Wochen nach der Entbindung schwoll der Leib an. Punction einen Monat vor der Aufnahme.

Bei der Aufnahme fand sich die Kranke in sehr elendem Zustande, die Haut des sehr ausgedehnten Leibes ödematös. Am Nabel eine Stelle der Haut sehr roth und entzündet. Am nächsten Tage das Befinden viel schlechter. Diagnose schwankte zwischen vereiterter Ovarial-Cyste, oder umschriebenem Peritoneal-, oder Perimetral-Abscess. Es zeigten sich starke Adhäsionen der Cyste bei der Operation, dieselbe konnte aber wegen des elenden Zustandes der Kranken nicht zu Ende geführt werden und es musste ein Theil des Sackes in der Bauchhöhle gelassen werden. Ein Stiel konnte nicht entdeckt werden.

Trotz alledem kam die Kranke durch und befand sich im März 1874 vollkommen wohl, nur kommt aus der Wunde immer noch eine kleine Quantität Eiter.

Im Anschluss an diese Fälle wirft der Operateur folgende Fragen auf:

1) Hatte man es bei der Operation wirklich mit einer Ovarialcyste zu thun? (Für vorliegenden Fall ist diese Frage gewiss von grosser Berechtigung. Ref.)

2) Ist man nicht berechtigt, wenn nach der Ovariotomie eine heftige Peritonitis auftritt, die Wunde wieder zu öffnen und die vorhandenen Exsudate und Reste von Blut auszuwaschen? (Ref. möchte auf das Verfahren von Peaslee und Nussbaum (siehe Centralbl. f. Chirurgie No. 2) verweisen, welche Operateure diese Frage wohl schon beantwortet haben.).

3) Kann man nach den Erfahrungen bei Ovariotomieen im Allgemeinen und nach den oben erzählten Fällen nicht hoffen, dass wir eines Tages bei ulcus perforans ventriculi durch Eröffnung der Bauchhöhle und Auswaschen der irritirenden Substanzen gute Resultate erzielen könnten? **Leisrink** (Hamburg).

Henry Lee. On the removal of haemorrhoidal and other tumours.

(The Lancet 1874. No. 16. p. 541.)

Nachdem die Knoten an ihrer Basis mit einem dem Clamp von Spencer-Well's ähnlichen Instrumente gefasst sind, werden sie vor demselben mit einer Scheere abgeschnitten und die Wundfläche mit einem heissen Eisen gebrannt. (Schon lange in Deutschland eingebürgert. Ref.).

Bei Anwendung des Clamp hat L. niemals Nachblutung gehabt.

Leisrink (Hamburg).

Dittel (Wien). Die Ablösung der vorderen Mastdarmwand.

(Wien. med. Wochenschrift 1874. No. 16.)

Verf. beschreibt die technische Ausführung bei normalen und pathologisch veränderten Zuständen und giebt als Indicationen für Ausführung der Ablösung der vorderen Mastdarmwand von der männlichen Urethra folgende an: 1) einfache Harnröhrenfisteln mit innerer Mündung im häutigen Theil der Urethra, entstanden durch Follicularabscesse in Folge von Blennorhoeen; zwei andere Verfahren erfolglos; 2) einfache Harnröhrenfisteln mit innerer Mündung in der pars prostatica urethrae. 3) Stricturen der Urethra, wobei eine Extraurethrotomie im Mittelfleisch vorzunehmen war, und die engste Stelle weit hinten in der pars membranacea liegt. (Es

besteht alsdann der Vortheil dieser Methode gegenüber den gewöhnlichen Schlitzen in der Längsrichtung auf der Hohlsonde darin, dass man die Urethralmündung der Fisteln völlig blosslegt und in den daran geknüpften Consequenzen.). 4) Abscesshöhlen der Prostata, die gegen die Harnröhre offen sind, aber nicht heilen wollen. In diesen Fällen hat D. die vordere Mastdarmwand von der Drüse gelöst und die untere Wand der prostatischen Abscesshöhle von der Wunde aus eröffnet. 5) Neoplasmen in der Wand des Rectums. **v. Mosengeil** (Bonn).

John Wood. Zwei Fälle von Ektopie der Blase mit Epispadie. Heilung.

(British med. Journ. 1874. Febr. 4. p. 176. Medic.-chirurg. Society. Jan. 27.)

Die beiden vorgestellten Brüder, 18 und 12 Jahr alt, der ältere mit Diastase der Symphyse von 5″, wurden mit Erfolg nach der von W. in den Medico-Chirurg. Transactions 1869 publicirten plastischen Methode operirt. Zuerst wurde aus der Nabelgegend ein die freiliegende Blase vollkommen deckender Lappen genommen, umgewandt, mit der Hautfläche auf die Schleimhautfläche der Blase gelegt und selbst bedeckt durch 2 lanzettförmige, jederseits aus der Inguinalgegend entnommene, mit der Basis nach unten sehende Lappen; diese letzteren wurden in der Mittellinie durch Suturen vereinigt. In einer 2. Sitzung wurden die vorderen $^3/_4$ der Scrotalhaut unterhalb des missgestalteten Penis über ihn hin so transplantirt, dass die Urethral-Rinne ganz eingehüllt und ein volles Präputium über und zu den Seiten der Eichel gebildet wurde. Der ältere überstand zwei die Heilung verzögernde Erysipel; beim jüngeren erheischte eine kleine Fistel, hervorgerufen durch Unverständigkeit bei Anwendung von elastischen Kathetern in der Nachbehandlung zwei kleine Nachoperationen. Die Patienten sollen noch eine über dem Penis zu befestigende Platte und Urinal bekommen. Es empfiehlt W. zur Vermeidung von Concretionen in der Blase die Reinigung derselben mit durch etwas Salpetersäure angesäuertem Wasser. **Pilz** (Stettin).

A. Majewsky. Krebsgeschwulst des Samenstranges, die für einen eingeklemmten Bruch gehalten wurde.

(Sitzungsprotoc. d. Kaiserl. med. Ges. zu Wilna 1873. p. 83. russisch.)

Ein 50jähriger Arbeiter litt seit Jahren an einer Geschwulst in der rechten Leistenbeuge; er hielt sie selbst für einen Bruch und versicherte, denselben früher leicht reponirt zu haben. Seit einem Monate jedoch gelang die Reduction nur zur Hälfte, und vor einer Woche stellten sich, in Folge des Aufhebens schwerer Balken, Schmerzen in der Geschwulst und im Unterleibe ein. Pat. wird in das Jacobhospital zu Wilna mit den Symptomen eines eingeklemmten Bruches aufgenommen. Da nach dargereichten Abführmitteln Stuhlgang erfolgt, so wird die gänseeigrosse, harte und höchst schmerzhafte Geschwulst als eingeklemmter Netzbruch bestimmt und nach vergeblichen Repositionsversuchen zur Herniotomie geschritten. Statt des erwarteten Bruches findet sich eine mit ichorösem Eiter gefüllte Höhle in dem hochgradig krebsig degenerirten Samenstrange vor. Die Geschwulst wird oberhalb en masse unterbunden und darauf exstirpirt. Am 5. Tage nach der Operation — Schüttelfrost, am 12. Tod durch Pyämie. Die Section macht es um so mehr klar, dass bei dem Pat. nie eine Hernie existirt hatte.

Heppner (St. Petersburg).

Berichtigung:

S. 302, Z. 9 v. o. lies Spray's statt Sprag's. — S. 303, Z. 5 v. u. lies an statt am. S. 303, Z. 24 v. o. lies ovariotomy statt ovariotomie.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

N

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 21. **Sonnabend, den 22. August.** **1874.**

Daniel Leasure (Pittsburg). Tractile method of reducing strangulated hernia.

(The Americ. Quart. Journ. of med. science 1874. April.)

In einem Falle von eingeklemmtem Schenkelbruche beim Weibe, welchen Verf. 1843 zu behandeln hatte, waren alle gewöhnlichen Taxis-Versuche, erfolglos geblieben. Es wurde nach den Instrumenten zur Herniotomie geschickt. Während dessen steigerten sich die Einklemmungssymptome in solchem Grade, dass Verf. noch einen letzten Versuch zu machen beschloss. Er liess die Kranke, deren Kniekehlen auf die Schultern des Ehemanns zu liegen kamen, an den Beinen so weit emporziehen, dass der Kopf und die Schultern eben noch im Bett blieben. Während nun die Eingeweide nach dem Zwerchfell hin sanken und die Bauchdecken schlaff vornüber hingen, legte Verf.

seine rechte Hand auf die gänseeigrosse Bruchgeschwulst und umfasste mit den Fingern der linken den Hals derselben. Noch besann er sich, was nun thun, als der Bruch sich etwas bewegte und plötzlich unter Gurren hineinschlüpfte.

In einem 2. Fall, 1853, in welchem alle sonstigen Taxismethoden erschöpft waren, und der Patient bereits zur Herniotomie chloroformirt wurde, löste das eben beschriebene Manöver ebenfalls die 20 St. bestehende Einklemmung einer alten Scrotalhernie. Der Kranke war in der angegebenen Weise emporgezogen worden, Verf. hatte seine Hände wie früher an die Geschwulst gelegt, und nun mit der linken Hand leicht gezogen, als wolle er den Bruchsackhals von der Bruchpforte entfernen. Da plötzlich fühlte er, dass der hintere Abschnitt der Geschwulst nachgab und hineinschlüpfte. Noch ein Ruck und der Bruch war reponirt.

Eclatanter noch war der Erfolg der Methode im 3. Falle, der 1858 zur Beobachtung kam. Die Einklemmung (Schenkelhernie) bestand schon 36 Stunden. Da keine Taxis half und Gangrän zu fürchten war, so wurde der innere Bruchschnitt ausgeführt. Es zeigte sich, dass eine kleine Schlinge des Ileum, bedeckt vom Netz, vorlag. Ehe indess eine Erweiterung des Bruchringes vorgenommen wurde, machte Verf. des Experimentes wegen noch einmal sein Manöver. Ein College fasste die Pat. unter den Knieen und hob sie in die Höhe, Verf. aber legte die Finger der rechten Hand auf das Netz und zog leicht an, um ein gesundes Stück desselben hervorzuziehen, als plötzlich mit hörbarem Gurren die hinten gelegene Schlinge hineinschlüpfte und das Netz nachfolgte.

Unglücklicherweise hatte ein Medicinalpfuscher die Procedur mit angesehen und als Verf. einige Zeit nachher zu einer eingeklemmten Hernie gerufen wurde, hatte dieser Pfuscher den Pat. bereits selbst auf den Rücken genommen und war mit ihm umhergetrabt. Er hatte sein Ziel erreicht, die Bruchgeschwulst war verschwunden. Verf. fand den Pat. aber moribund. Die Section zeigte, dass im Bruchsacke brandige Stücke des Ileum und des Omentum lagen. Die Eingeweide in der Bauchhöhle waren an der eingeklemmten Stelle abgerissen.

Hatte auch hier die Methode in der Hand eines Pfuschers zum unglücklichen Ausgange geführt, immerhin illustrirte der Fall in prägnanter Weise die Wirkung derselben.

In einem 5. Falle bewährte sich die Methode wiederum ausgezeichnet. Es handelte sich um eine Schenkelhernie. Pat. wurde in Narkose emporgezogen, Verf. legte die rechte Hand auf die Geschwulst, die Finger der linken an den Hals derselben und übte einen leichten Zug, als wolle er den Tumor ein wenig von der Bruchpforte wegziehen. Da plötzlich, ohne dass ein Druck auf die vorgelagerten Eingeweide wirkte, schlüpfte der Bruch zurück.

Verf. hat noch eine ganze Anzahl eingeklemmter Brüche auf diese

Weise reponirt; die wenigen Fälle sollten nur zur Illustration der Methode dienen.

Das Rationelle an dem Verfahren, welches Verf. keineswegs als neu (bekanntlich wurde dasselbe von Sharp zuerst angegeben, Ref.) hinstellt, sondern nur einer unverdienten Vergessenheit entrissen haben will, ist unschwer einzusehen.

In Folge der abhängigen Lage des Oberkörpers fallen die an dem Mesenterium nur lose hängenden Eingeweide gegen das Zwerchfell hin. Auch die im Becken liegenden Darmschlingen gleiten nach oben oder werden von dem Mesenterium heraufgezogen und so mag es denn auch zuweilen kommen, dass eine eingeklemmte Schlinge oder ein Netzstück dem Zuge folgt und aus der Bruchpforte herausschlüpft. Verf. denkt sich den Vorgang ganz ähnlich, wie wenn ein durch ein Knopfloch gezogenes Taschentuch aus demselben befreit wird. Wollte man durch Drücken und Stopfen von aussen her (Compressionstaxis) das Tuch zurückbringen, so würde dies viel Zeit und Mühe kosten, vielleicht gar nicht gelingen. Ein Zug von innen her führt leicht und rasch zum Ziel.

Den Vergleich der Bruchpforte mit einem Knopfloche führt Verf. noch weiter aus, indem er die Bruchgeschwulst als den Knopf bezeichnet. Wird durch den Zug am Mesenterium von innen her der vorgefallene Darm ein wenig nach der einen Seite gezogen, so öffne sich das »Knopfloch« an der entgegengesetzten Seite, es bilde sich das »Auge« des Knopfloches und nun schlüpfe die Hernie zurück wie der auf die Kante gestellte Knopf.

Dieser Erklärung der Reposition reiht sich die Beobachtung an, dass der hintere Theil des Bruches gewöhnlich eher zurückschlüpft, als der vordere. Es scheine dies in der Beschaffenheit der Bruchpforte seinen Grund zu haben, deren vorderer Abschnitt meist scharf und derb, deren hinterer weicher und verhältnissmässig gerade gestreckt sei. Es müsse sich also der Bruch über die vordere Kante herüberwälzen, und so käme die hintere Portion eher aus der Einklemmung heraus.

Der eben beschriebene Vorgang fände wahrscheinlich auch bei der Compressionstaxis statt, wenigstens habe er ihn schon mehrfach beobachtet, seitdem er sein Augenmerk darauf gerichtet.

Noch auf einen Punct glaubt Verf. aufmerksam machen zu müssen. Ihm war es bei seiner »tractile method« aufgefallen, dass die Reposition meist in dem Momente gelang, in welchem der Bruch von dem Sitze der Einklemmung weg (»away from«) gezogen wurde, ohne dass ein Druck auf die Geschwulst erforderlich gewesen wäre. Er erklärt sich dies folgendermassen:

Wenn der Bruchsack sammt seinem Inhalte von der Bruchpforte weggezogen wird, so gelangen frische, noch nicht angeschwollene Darm- oder Netzpartieen in die Bruchpforte, es wird hierdurch die Abschnürung geringer. Die angezogenen Theile finden aber am Boden des Bruchsackes heftigen Widerstand und drängen nach oben gegen

die Pforte. In diesem Augenblicke geben zunächst die hinten in der Pforte liegenden Darmpartieen nach, schlüpfen zurück und degagiren so auch die vorderen. Der etwas complicirte Vorgang wird durch folgendes Beispiel veranschaulicht: Bringt man eine elastische Sonde in einen Sack mit enger Oeffnung und drängt an dem einen Ende kräftig vorwärts, so biegt sich die Sonde im Grunde des Sackes um und entschlüpft wieder durch die Eingangsöffnung hindurch. Ganz ähnlich bei der Reduction durch Zug von aussen. Der vorn liegende Theil der Schlinge wird angezogen und gegen den Boden des Bruchsackes gedrängt, der hintere Theil weicht nach oben aus, verlässt die Bruchpforte und zieht die ganze Schlinge nach. [Ref. bedauert, in der Erklärung der unzweifelhaften Erfolge der »tractile method« mit dem Verf. nicht vollkommen übereinstimmen zu können.] Dass durch die abhängige Lage des Oberkörpers ein Zug an der eingeklemmten Darmschlinge ausgeübt werde, steht fest und hat durch Fall IV eine traurige Bestätigung gefunden. Ob aber durch diesen Zug eine feste Incarceration gelöst werden könne, bleibt nichtsdestoweniger zweifelhaft. Der Vergleich des Verf.'s mit dem durch ein Knopfloch gezogenen Tuche hinkt bedeutend und würde erst seine volle Geltung erhalten, wenn in die durchgeschobene Tasche hinterher ein Körper gebracht würde, dessen Querschnitt den des Knopfloches überträfe. In diesem Falle aber wäre ein Ziehen von innen ebenso fruchtlos, wie ein Drücken von aussen. Treten wir der Sache näher, so fragt es sich, ob die Einklemmung durch entzündliche Schwellung des vorgefallenen leeren Eingeweides, oder aber durch nachrückenden Darminhalt bedingt ist. Im ersten Falle kann der Zug von innen nur dann zum Ziele führen, wenn die angeschwollenen Theile nicht allzu grosse Reibungswiderstände entgegensetzen. Es wird dies nur im Anfangsstadium solcher Einklemmungen der Fall sein und manche spontane Reposition, z. B. während eines plötzlichen Hustenanfalls, dürfte hierdurch ihre Erklärung finden. Im zweiten Falle ist, wie dies Ref. an anderer Stelle (v. Langenbeck's Archiv Bd. XVII, p. 315) durch Versuche gezeigt hat, ein Zug an der ganzen Schlinge, oder dem zuführenden Darmende von entgegengesetztem, an dem abführenden aber nur dann von günstigem Erfolge begleitet, wenn die Incarceration erst kurze Zeit bestand. In beiden Fällen aber wird der Resistenz der Darmwandung ziemlich viel zugemuthet (cf. Fall IV).

Zu den leichten Formen der Einklemmung gehörten übrigens allem Anscheine nach die oben beschriebenen Fälle keineswegs und für sie darf man wohl annehmen, dass der Zug von innen nicht das Wirksame bei der Reposition war. Der Verf. unterstützt selbst diese Ansicht, wenn er auf die Beobachtung Werth legt, dass die Reduction fast stets in dem Momente stattgefunden hätte, in welchem er durch leichten Zug von aussen die Bruchgeschwulst von der Einklemmungsstelle wegzuziehen suchte. Er giebt zwar nicht an, in welcher Richtung er gezogen, immerhin ist es äusserst wahrscheinlich, dass er hierdurch das abführende Ende geöffnet hat. Dass unmittel-

bar darauf sich der Zug von innen geltend machen und die Schlinge, »ohne dass es eines Druckes bedurfte«, hineingurren musste, ist ohne Weiteres klar. Die Erklärung des Verf.'s betreffs der Wirkung des Zuges von aussen dürfte hiernach wohl als überflüssig erscheinen. Ref.].

Lossen (Heidelberg).

Jahresbericht der chirurgischen Abtheilung des Spitals zu Basel 1873.

1874. Basel **Ferd. Riehm.**

Zahl der Kranken 591, davon beinahe die Hälfte Verletzte. Mortalität 5%. Von accidentellen Wundkrankheiten wurde Septikaemie 2 mal, Pyämia multiplex gar nicht, Erysipelas 14 Mal mit 2 Todesfällen beobachtet; 5 Fälle von den 14 waren von aussen eingeschleppt. Lister'sche Verbandmethode wurde in vielen Fällen mit sehr gutem Resultate geübt; besonders zu erwähnen sind: 2 offene Schädelfracturen mit Trepanation, 1 offene Gelenkfractur des Ellenbogens, 1 totale primäre Resection des Ellenbogens, die alle mit minimaler Eiterung heilten, letztere in 8 Wochen; ferner eine penetrirende Kniegelenksstichwunde, die ohne Eiterung, 1 Fall von complicirter Luxation des Kniegelenks, die mit minimaler Eiterung und 3 complicirte Fracturen des Unterschenkels, die ohne Eiterung heilten. Leider giebt der Bericht nichts Genaues über die Art der Ausübung und nichts Vergleichendes mit den anderen angewandten Methoden. Grössere Operationen wurden 100 ausgeführt; darunter Amputationen und Exarticulationen 13 mit 3 †. Resectionen 22 mit 2 †. Exstirpation von Tumoren 32. Plastische Operationen 5. Unterbindung grösserer Arterien 4 mit 1 †. Herniotomieen 2. Von 7 behandelten Oberschenkelbrüchen starb 1 Fall; Ursache der Fractur war stets eine directe. Der Bruch befand sich: 1 Mal dicht über dem Kniegelenk und heilte mit einer Verkürzung von 3 Cm.; 3 Mal zwischen unterem und mittlerem Drittheil, Verkürzung 0 Cm., $1^1/_2$ Cm.; 2 Mal in der Mitte der Diaphyse, Verkürzung 1 Cm.; 1 Mal am Halse intracapsulär. Die Zeit der Heilung betrug durchschnittlich 60 Tage. Behandlung bestand in permanenter Gewichtsextension von 15—30 Pfd. mittelst Heftpflasteransa nebst Volkmann'schem Fussbrett, an dem zur Vermeidung von Decubitus das Querholz nach rückwärts fast bis in die Mitte des Unterschenkels verlegt wurde; der Schenkelriemen diente zur Contraxtension.

Marckwald (Heidelberg).

Ertl, Hautüberpflanzung auf eine frische Wunde.

(Sitzungs-Ber. d. Vereins d. Aerzte für Steiermark 1872—73 p. 81.)

Einem 51j. P. wurde wegen bereits recidivirter multipler Krebsknoten in der Haut des Oberschenkels ein 30 Cm. langes und

14 Cm. breites Hautstück entfernt. Von dem gleichzeitig wegen Caries amputirten Unterschenkel einer alten Frau, wurden 379 Hautstücke von der Grösse einer Linse bis zu 1 □" überpflanzt zur Deckung des colossalen Defects. Alle heilten an, fielen aber im Verlauf von 14 Tagen nach und nach sämmtlich wieder ab, doch hatten sich unter allen bereits kleine Epidermisinseln gebildet, durch deren Confluenz die Vernarbung rasch vorwärts ging.

Interessant ist der Erfolg bei frischer Wundfläche und die Möglichkeit einer ferneren praktischen Verwerthung, z. B. bei Scalpirungen. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Dr. **Wilh. Kemperdick** in Colmar i. Elsass. Uebersicht über die Wirksamkeit der Augen- und chirurgischen Klinik im Jahre 1872—73.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

K. hat sich in Colmar als Specialist für Chirurgie und Ophthalmologie niedergelassen und im Jahre 1872/73 232 Operationen vorgenommen, »sämmtlich von dem besten Erfolge begleitet«, nur ein 78jähriger Patient starb 5 Tage nach einer Carcinomoperation des oberen Augenlides an Brechdurchfall. Von den chirurgischen Operationen erwähnen wir 2 Hüftgelenksresectionen, beide Fälle sind in Heilung, brauchbar ist aber das Glied noch nicht. Ein retrobulbärer Tumor von cavernöser gutartiger Structur konnte nach Spaltung der äusseren Commissur mit Schonung des Bulbus entfernt werden. **Maas** (Breslau).

M. C. Darolles. Des greffes de lapin et de leur inutilité en chirurgie.

(Gaz. hebdom. 1874. 19. Juni.)

Hautstückchen aus dem Kaninchenohre in bekannter Weise auf Granulationsflächen von Menschen transplantirt, haften darauf ziemlich fest; doch nach etwa 3 Wochen bekommen sie ausgenagte Ränder, werden immer kleiner und schwinden endlich spurlos, die Wundfläche in ihrem früheren Zustande zurücklassend. Zu keiner Zeit beobachtete D. eine Spur von Epidermisbildung, ausgehend von den transplantirten Hautstückchen. **Gersuny** (Wien).

Nepveu. De l'existence des micrococcos et des bactéries sur les murs des salles d'hôpital.

(Gaz. méd. 1874. No. 26. p. 333. Société d. biolog., Séance du 13. juin 1874.)

In einem Krankensaal, dessen Wände seit 2 Jahren nicht gereinigt worden waren, liess N. einen Quadratmeter der Wandfläche mit einem neuen, in destillirtem Wasser sehr sorgfältig gereinigten

Schwamm unter Beobachtung aller Cautelen abwaschen. Die c. 30 Gramm enthaltende ausgepresste Flüssigkeit enthielt eine grosse Menge Organismen und zwar Micro- und Diplococcen, einige Microbacterien und wenige Streptococcen. Ausserdem fanden sich darin Epithelien, Blutfarbstoff, blauer Farbstoff, einige Eiterkörperchen, rothe Blutkörperchen, schwarze unregelmässige Massen, einige krystallinische Platten und ziemlich grosse ovale, dem Beobachter unbekannte Körper. In dem Restbestand eines verdunsteten Tropfens erschienen krystallinische Körper, darunter einige dem Kochsalz ähnliche Krystalle. **O. Volkmann** (Halle).

C. Friedländer. Untersuchungen über Lupus.

(Virch. Archiv. Bd. LX. p. 15.)

Verf. giebt eine Zusammenfassung der theilweise schon veröffentlichten Resultate seiner Untersuchungen über Lupus. In Fällen von exfoliativem und von exulcerirendem Lupus war die Epidermislage immer gegen die dem Corium entsprechenden Partieen scharf abgesetzt. Einsenkungen der Epidermis, Schweissdrüsen, Haarbälge und Talgdrüsen, welche übrigens nur an der Peripherie der Knoten noch gefunden werden, waren vollständig normal. Das Corium war ungefähr gleichmässig überall dicht mit kleinen Rundzellen infiltrirt, so dass es in der That in Granulationsgewebe umgewandelt erschien. In diesem Gewebe sind regelmässig eingelagert, und ist dies für den Lupus charakteristisch, kuglige Knoten von eigenthümlichem Bau.

Diese Knoten stehen dicht neben einander und können confluiren. Sie sind nur undeutlich gegen ihre Umgebung abgegrenzt. Die sie zusammensetzenden Zellen sind unregelmässig cubisch, seltener kuglig oder ellipsoid, die Contour meist leicht gezähnelt. Diese Zellen sind bedeutend grösser als die Granulationszellen und gehen direct über in die in den Knötchen regelmässig vorfindlichen, typischen Riesenzellen.

Die wirklich zellige Natur der letzteren findet Verf. der Auffassung Hering's gegenüber als ausser allem Zweifel gestellt. Die Interzellularsubstanz ist eine amorphe, mit feinen Körnchen durchsetzte Masse. Nirgends sind Gefässe zu finden. Bei der granulirenden und ulcerirenden Form findet sich oft der Beginn einer käsigen Umwandlung. Die Untersuchung von geschwellten Lymphdrüsen der Submaxillargegend, die bei an Lupus faciei Leidenden exstirpirt waren, ergab die Vergrösserung der Drüse auf Kosten einer enorm reichlichen Einlagerung von kugligen, den Lupusknötchen der Haut genau identischen Knötchen. Bald findet sich bloss centrale Verkäsung dieser Knötchen, bald nimmt die Degeneration grössere Ausdehnung an und führt zur Bildung verkäster Heerde von gelber Farbe und fast trockener Beschaffenheit. Die in den Lupusknoten und Geschwüren der

Haut, in den lupös geschwellten Drüsen vorgefundenen Knötchen stimmen mit den in den scrophulösen Lymphdrüsen, in Gelenken, Hoden, serösen Membranen, Leber, Milz, Nieren, Gehirn gefundenen Tuberkeln anatomisch vollständig überein. Auch der klinische Verlauf ist, was die örtliche Malignität, die Tendenz zu rascher Nekrobiose betrifft, vollständig derselbe. Das solitäre Vorkommen der Neubildung bei Lupus wiederspricht nach Verf. nicht der Auffassung als Tuberkel. **Madelung** (Bonn).

Zwei neue Apparate zur Bluttransfusion.

(Gaz. hebdom. 1874. 22. Mai und 17. Juli.)

Der eine Apparat, von Mathieu construirt, scheint den Nachtheil des von Bélina angegebenen zu theilen, dass nämlich der Eintritt von Luft in die Vene nicht mit Sicherheit ausgeschlossen ist. (Abbildg. l. c.) Der andere, von Leop. Noel herrührende Transfusionsapparat hat den Vorzug grosser Einfachheit und gestattet, bei directer Transfusion, eine genaue Messung der transfundirten Blutmenge. Im Wesentlichen besteht derselbe aus einem Gummischlauche, der an jedem Ende eine Kanüle trägt; der mittlere Theil des Schlauches ist einmal kreisförmig aufgerollt, und liegt an der dem Centrum zugewandten Fläche der Felge eines Rades; eine Curbel trägt seitlich eine Rolle so angesetzt, dass dieselbe das Gummirohr ganz comprimirt, so dass sie bei einer Kreisbewegung den ganzen Inhalt des aufgerollten Theiles des Schlauches hinausdrängt. Zugleich aspirirt der comprimirt gewesene Schlauch immer wieder neues Blut. Nach der Zahl der Umdrehungen der Curbel, die man an einem Zählapparate abliest, kann man leicht die transfundirte Blutmenge berechnen, da die Capacität des betreffenden Schlauchstückes gegeben ist. (Abbildg. l. c.) **Gersuny** (Wien).

M. Wahl (Essen). Zur Mechanik der Schussverletzungen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVI. Hft. 3.)

Vf. bespricht einleitend die überwiegende Häufigkeit der Verletzungen durch das Infanterie-Gewehr, sowie den geringen Procentsatz der Treffer, der sich z. B. nach der Berechnung von v. Ploennies und Weygand auf nur 0,28 p. Ct. für das deutsche Gewehr im letzten Kriege stellen würde. Der nächste Hauptabschnitt beschäftigt sich mit der Masse und der Form der Projectile. W. hält die Streitfrage, ob im letzten Kriege kleine Explosiv-Geschosse gebraucht worden sind, noch für unentschieden (nach den Arbeiten von Busch und Küster ist wohl die Annahme des Gebrauches von Explosivgeschossen nicht mehr haltbar. Ref.). Nach-

dem W. die groben Geschosse, die indirecten Geschosse besprochen, wobei er auch des Mitfortreissens von Luft durch Kugeln erwähnt, gibt er eine Zusammenstellung des Querdurchmessers, des Gewichts, der Pulverladung, der Anfangsgeschwindigkeit von 13 der gebräuchlichsten Gewehre, um die lebendige Kraft der Projectile zur Anschauung zu bringen. An eine Besprechung der Flugbahn, der Rotation des Geschosses, der Hindernisse der Bahn schliessen sich die oft erwähnten und experimentirten Erscheinungen der Erwärmung der Geschosse an. Den Schluss der Arbeit bilden Betrachtungen über die Widerstandskraft des getroffenen Körpers und seine Stellung im Momente des Getroffenwerdens. In einer späteren Arbeit hofft W. auf die Schussverletzungen selbst zurückzukommen. **Maas** (Breslau).

Cayley and **Sansom.** Cases illustrating the use of the pneumatic aspirator.

(Med. tim. and. gaz. 1874. Juni 17.)

Aus dem North-Eastern Hospital for children werden zur Empfehlung der Behandlung pleuritischer Ergüsse etc. mittelst des Aspirator's 10 Fälle berichtet. In einem Falle wurde bei zweifelhafter Diagnose nicht operirt, es erfolgte der Tod. Einmal erfolgte bei einem linkseitigen Empyem nach 2maliger Punction und langsamer Besserung plötzlicher Tod ausserhalb des Spitales. Ein 3monatlicher Knabe mit Hydrocephalus starb an Brechdurchfall. In den übrigen Fällen erfolgte meist rasche Genesung, zum Theil nach wiederholter Vornahme der Operation. **Ranke** (Halle).

Schwartz. Des abscès périnéphritiques.

(France méd. 1874. No. 49.)

S. betont unter ausführlicher Beschreibung eines Falles die Schwierigkeiten der Diagnose perinephritischer Abscesse, die hauptsächlich ihren Grund haben im tiefen Sitze der Affection und in den geringen localen Beschwerden, die dem schweren Allgemeinleiden gegenüber leicht übersehen werden. Die Entwicklung eines fluctuirenden Tumors in der Lendengegend ist das Hauptsymptom der Krankheit und es vergeht oft sehr lange Zeit, bis ein solcher sich zeigt. Das Fieber gleicht im Anfang dem des Ileotyphus, späterhin nimmt es immer mehr den Charakter des Wechselfiebers an. Die Kranken magern rasch ab, und ihr kachektisches, erdfahles Ansehen kann auf die Diagnose der Krankheit führen. Der Eiter bleibt in der Regel auf seinen Entstehungsort beschränkt und gelangt in der Lendengegend zur Oberfläche, er kann aber auch, wenn der Abscess

zu spät eröffnet wird, oder wenn der Process von vornherein einen sehr progredienten Charakter hatte, über und unter dem Poupart'schen Bande oder in der Gefässgegend zum Vorschein kommen, oder er kann in die Blase, die Scheide und den Darm, am seltensten in den Peritonealsack perforiren.

Perforationen in den Pleurasack veranlassen Pleuritiden und Pneumonieen; auch Entleerung durch die Bronchien ist beobachtet worden.

Die Prognose richtet sich sehr wesentlich nach der Aetiologie der Krankheit.

Es giebt eine spontane, eine traumatische Perinephritis, eine, die von Entzündungen der Nachbarorgane (Pyelonephritis calculosa) fortgepflanzt ist, endlich eine Perinephritis, die im Verlaufe schwerer Infectionskrankheiten auftritt.

Die spontane und die traumatische Perinephritis geben, wenn der Abscess frühzeitig eröffnet wird, eine gute Prognose, die anderen Formen nicht.

Als Methode der Eröffnung ist lediglich die Incision mit nachfolgender Drainage zu empfehlen. **Lichtheim** (Breslau).

M. Desprès. Leçon clinique sur une variété d'abcès de la fosse iliaque. — Adénite iliaque suppurée.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 69.)

D. beobachtete 2 charakteristische Fälle von abscedirender Lymphadenitis der fossa iliaca bei sonst ganz gesunden Individuen nach traumatischen Ulcerationen am Unterschenkel, resp. Oberschenkel. Der Abscess sitzt über der äusseren Hälfte des Poupart'schen Bandes, nach innen und unterhalb der spina ant. sup. und kommt häufiger ohne ursächliche Erkrankung der Nachbarorgane vor, als man glaubt. In dem einen Fall litt Pat. 4 Mal in kurzen Intervallen an abscedirender Entzündung an derselben Stelle. Nicht selten erfolgt die eitrige Entzündung der Lymphdrüsen sehr spät, so z. B. in dem einen Fall 11 Monate nach der ursächlichen Erkrankung. Incision und Drainage führen rasch zur Heilung. Peritonitis ist nicht zu fürchten, weil der Drüsenabscess mit der Bauchdecke verwachsen ist.

Tillmanns (Leipzig).

D. Antonio Vecelli (Venezia). Tumor fibroso dell' utero guarito con sei injezioni parenchimatose di tintura di jodio.

(Giornale Veneto 1874. Maggio e Giugno.)

Ein 29jähriges Mädchen wurde im August 1868 während der Menstruation plötzlich von furchtbaren Schmerzen im Unterleibe befallen und unmittelbar danach fühlte man im Hypogastrium einen Tumor

(ausgedehnter Uterus, Hämatometra) von Kindskopfgrösse. Die Geschwulst nahm allmälig ab bis zu Orangengrösse, um dann wieder ganz allmälig zu wachsen. Die Kranke hatte von diesem Tumor die heftigsten Schmerzen zu leiden. Die Vaginaluntersuchung erwies den Muttermund als vollkommen normal, durch den vorderen Fornix konnte man den Uterustumor durchfühlen. Der Uterus selbst war antevertirt. Nach fruchtloser Anwendung mannigfacher Mittel machte V. 6 Injectionen reiner Jodtinctur (1 grm. p. dosi) in den Tumor, indem die Kanüle vom vorderen Scheidengewölbe aus unterhalb der Peritonealfalte eingestochen wurde. Die 1. Injection wurde den 1. August 1873, die 6. und letzte den 21. September vorgenommen.

Nach dieser wurde die Kranke von einem heftigen, 48 Tage dauernden Fieber mit Schüttelfrösten befallen. Die Schmerzen wurden wehenartig, es präsentirte sich ein orangegrosser Tumor im Muttermunde, welchen V. extrahirte. Der Tumor bestand aus Bindegewebe und war oberflächlich verkalkt. Er wog 210 Grm.

Da der Tumor spontan ausgestossen wurde, so muss Ref. annehmen, dass er submucös lag und die Uterushöhle erfüllte. Demnach bleibt es zweifelhaft, ob die Injectionen, welche ja nicht durch den Cervicalkanal, sondern durch den Fornix vorgenommen wurden, in den Tumor, oder ob sie nicht vielmehr in die Uterussubstanz eindrangen.

An zwei Stellen erwähnt V. ohne weitere Erläuterung des »magnetischen Schlafes«.

Einmal sagt er pag. 521:

»Nachdem auch alle übrigen Narkotica sich unwirksam erwiesen, musste man durch lange Zeit zum magnetischen Schlaf seine Zuflucht nehmen, um auf einige Stunden die furchtbaren Qualen zu bannen«, und dann auf pag. 524:

»Ich muss erwähnen, dass die Injectionen sehr schwer auszuführen und ungemein schmerzhaft waren, trotz des magnetischen Schlafes, in welchem sie ausgeführt wurden«.

Sollte V. nicht wohl richtiger sagen: »Schlaf eines hysterischen Mädchens, welches sich einbildete, magnetisirt zu sein«?

Menzel (Triest).

Tyrrell. Spindle-celled sarcoma of the testicle.

(The Dublin Journ. of med. science 1874. May. p. 481.)

Der mitgetheilte Fall bietet weniger wegen des Charakters der Geschwulst, als vielmehr deshalb Interesse, weil man bei der Castration einen an dem Tumor adhärenten Netzstrang entdeckte. Pat. zeigte bis zur Pubertät einen Kryptorchismus derselben Seite. Später konnte der Hode noch immer mit Leichtigkeit zurückgeschoben werden, fiel dann aber stets wieder vor. Es bleibt unentschieden, ob das Omentum zur Zeit des Kryptorchismus die Verwachsung einge-

gangen, oder ob es nachträglich durch den offenen Processus vaginalis vorgefallen war. Bei der Operation wurde das Netz mit Catgut unterbunden. Heilung ohne Zwischenfälle. **Lossen** (Heidelberg).

Démarquay. Récidive de fracture spontanée du fémur droit chez un ataxique.

(France méd. 1874. No. 57.)

D. beschreibt einen Fall von spontaner Fractur des rechten Oberschenkels. Der betreffende Kranke hatte bereits 6 Mal den rechten Oberschenkel und 1 Mal die rechte Tibia gebrochen. Die ersten 4 Oberschenkelfracturen, die der Kranke im Alter von 6 bis 18 Jahren überstanden hatte, waren echte traumatische, die in der gewöhnlichen Zeit heilten, zum Theil mit starker Dislocation. Im Jahre 1872 im Alter von 32 Jahren brach er wieder den Oberschenkel in der Mitte, diesmal ohne erhebliche Ursache. Wenige Monate später brach er im Bett die rechte Tibia in ihrer Mitte, und neuerdings, während er aufrecht stand, ohne jedes Trauma abermals den rechten Oberschenkel. Seit 6 Jahren leidet er an reissenden Schmerzen an den unteren Extremitäten und seit 9 Jahren an einer linksseitigen Oculomotoriuslähmung, die auf Jodkaliumgebrauch zurückging, sich aber dann wiederfand.

Die Symptome der Oberschenkelfractur waren die gewöhnlichen, bis darauf, dass die Bruchstelle völlig schmerzlos war. Bei genauerer Untersuchung fand sich eine vollkommene Anästhesie beider unteren Extremitäten. Bewegungsstörungen in denselben waren nicht vorhanden.

Die Fractur heilte in einem Scultet'schen Verbande auffallend schnell, nach 17 Tagen konnte das Glied schon gehoben werden.

Der Fall ist den von Charcot beschriebenen anzureihen, mit denen er ausserordentliche Aehnlichkeit hat. **Lichtheim** (Breslau).

Deininger (Berlin). Beiträge zu den Schussfracturen des Hüftgelenks, unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen aus dem Feldzuge 1870/71.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1874. Hft. 5 u. 6.)

Die Arbeit enthält eine umfangreiche, recht sorgfältige Statistik über im Ganzen 138 Fälle von Schussverletzung des Hüftgelenks aus dem deutsch-französischen Feldzuge, nebst einem derselben voraufgeschickten Commentar, in welchem, in 3 getrennten Capiteln, unter eingehender Berücksichtigung der neueren Litteratur, Diagnose, Verlauf und Ausgänge, sowie wichtige den Verbandplatz und das Feldlazareth betreffende Fragen abgehandelt werden. Das statistische

Material ist theils aus der sehr zerstreuten Litteratur, theils aus brieflichen Ermittelungen, theils aus den Acten der Medicinal-Abtheilung des Kriegsministeriums zusammengestellt worden.

Die tabellarische Anordnung der Fälle ist je nach der eingeschlagenen Behandlung in 3 Categorieen erfolgt, umfassend A) die Resectionen, B) die Exarticulationen, C) die exspectativ-conservativ behandelten Fälle. In den zugehörigen Rubriken sind vorzugsweise die Art der Verletzung, das Operationsverfahren und Operateur, Verlauf, Ausgang, sowie das Endresultat der Geheilten möglichst vollständig berücksichtigt worden. Jeder Categorie ist ein vergleichender Anhang von anderweitigen Fällen von Schussfractur des Hüftgelenks, insbesondere von Otis aus dem nordamerikanischen Kriege, hinzugefügt.

Das summarische Resultat der Tabelle ist kurz folgendes: resecirt wurden 45, davon 1 primär (1 geheilt), 27 intermediär, zwischen 2—28 Tagen (1 geheilt), 13 secundär (4 geheilt), 4 unbekannt (1 geheilt). Im Ganzen 6 Heilungen, mit einer Heilungsdauer von 8—10 Wochen (13,3% Heilungen, 86,7% Mortalität).

Exarticulirt wurde in 27 Fällen, welche sämmtlich letal endeten. In 16 Fällen sind die Detailangaben unvollständig; von den übrigen 11 wurden operirt: primär 1, intermediär (zwischen 2—16 Tagen) 5, secundär 3, unbekannt 2. Es starben von den Operirten unmittelbar nach der Operation 2, bald nachher 3, an demselben Tage 3, unbestimmt 1, fünf Tage nachher 1, acht Tage nachher 1, meist an Erschöpfung durch Blutverlust; nur einer an Pyämie und einer an Ruhr (100% Mortalität).

Die 66 conservativ-exspectativ behandelten Fälle lieferten 13 Heilungen. Die Todesursache war auch hier, wie bei den Resecirten, in der grossen Mehrzahl der Fälle Pyämie und Septikämie, nächstdem Erschöpfung durch langwierige Eiterung oder Blutung (19,7% Heilungen, 80,3% Mortalität).

Von sämmtlichen 138 Verletzten wurden mithin nur 19 geheilt, darunter von den 72 Operirten 6. **Arn. Hiller** (Minden).

Kleinere Mittheilungen.

Ninaus. Clonische Krämpfe des weichen Gaumens.

(Sitzungs-Ber. d. Vereins d. Aerzte für Steiermark 1872—73 p. 21.)

Vorstellung eines 24j. Schneiders, der schon lange an chronischem Katarrhe der Nase, des Rachens, der Tuben und des Mittelohrs leidet. Der linke vordere Gaumenbogen ist kürzer in Folge einer Narbe nicht syphylitischen Ursprunges, und die Uvula steht in Folge davon etwas schief. Ist die äussere Nasenöffnung verschlossen, entweder durch den Finger oder durch Schleim, so wird das Velum abwechselnd bis zum Verschluss des Cavum pharyngo-nasale in die Höhe gehoben und dann wieder hinuntergestossen, 30—60mal in der Minute und unter einem schnalzenden Geräusche. Verf. nimmt zur Erklärung eine Neurose des Trigeminus an. **Pagenstecher** (Elberfeld).

A. v. Hippel. Casuistische Mittheilungen.

(Graefe's Archiv Bd. XX. Abth. I.)

II. Fall von doppelseitiger spontaner Luxation der ungetrübten Linsen.

Die Mittheilung betrifft einen 61jährigen Mann mit hochgradiger Myopie. Zuerst rechts fand sich unter acuten Entzündungserscheinungen und intraocularer Drucksteigerung die transparente Linse in der vorderen Kammer bei vollkommenem Defect der Zonula. Die Extraction wurde mit 6‴ langer linearer Wunde und Iridectomie mit gutem Erfolge ausgeführt. Nach 5 Jahren trat derselbe Zustand links ein. Auch hier ergab die ebenso ausgeführte Operation ein gutes Resultat. Verf. findet den Fall bemerkenswerth 1) wegen der normalen Glaskörperconsistenz, 2) wegen der totalen Luxation normaler Linsen, während in den bekannten Fällen die Schrumpfung des luxirten Linsensystems fast immer ausdrücklich erwähnt wird, 3) wegen des totalen Defectes der Zonula, 4) wegen der trotz dieses Defectes bestehenden vollkommenen Durchsichtigkeit der Linsen, 5) wegen der Erreichung eines sehr vollkommenen Sehvermögens bei Sclerectasia posterior und glaucomatöser Drucksteigerung, die rechts schon zur Excavation geführt hatte. Er glaubt diesen guten Erfolg der dreisten Anwendung des Chloroform zu verdanken, welche die Entfernung der Linse ohne erheblichen Glaskörperverlust ermöglichte, von dem intraoculäre Hämorrhagieen und Amotio retinae zu befürchten gewesen wären.

III. Anophthalmia duplex congenita. Mit Abbildung.

In den beiden beinahe normal grossen Orbitae eines dreizehnjährigen von gesunden nicht verwandten Eltern stammenden Mädchens fehlten die Bulbi; links existirte ein erbsengrosses, cystenartiges, spontan bewegliches Rudiment; Thränendrüsen nicht aufzufinden. Sonstige Missbildungen nicht vorhanden; ein lästiges Entropium wurde operativ beseitigt. **Fraenkel** (Chemnitz).

A. Heurtaux. Kyste dermoide situé au niveau de la fontanelle antérieure.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 69.)

Ein 30jähriger, sonst gesunder Mann hatte eine $8^1/_2$ Cm. hohe und 33 Cm. im Umfang messende Geschwulst mitten auf der Kopfschwarte. Tumor seit der Geburt in der Gegend der grossen Fontanelle allmälig gewachsen, in den letzten Monaten etwas schneller und mit Schmerzen. Diagnose schwankt zwischen Dermoidcyste und abgesackter Hydro-Meningocele. Die vorgenommene Probepunction ergab eine Dermoidcyste. Exstirpation der Geschwulst, welche mit dem Periost hier und da sehr fest, mit der an einer Stelle blossliegenden dura mater sehr locker verwachsen war. 1 Monat nach der Operation vollständige Heilung.

Tillmanns (Leipzig).

Dr. Bourgeois. Compression des deux nerfs récurrents par une tumeur ayant déterminé une mort presque subite.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 62.)

Ein 15jähriger, etwas scrophulöser, aber sonst ganz gesunder Knabe starb plötzlich unter asphyktischen Erscheinungen. Bei der Section fand B. hinter dem manubrium sterni eine flache, ansehnliche Geschwulst, welche oberhalb des Brustbeins am Halse einen nur geringen Vorsprung bildete und durch lockeres Zellgewebe mit der Umgebung verwachsen war. Nach hinten lag die Geschwulst auf dem Ende der Trachea und der Bifurcation. Beide nervi recurrentes drangen beiderseits in die Geschwulst ein. B. glaubt, dass Pat. in Folge der Compression der rami recurrentes nervi vagi plötzlich gestorben sei. Ohne Prodromalerscheinungen habe die summirende Wirkung einer anhaltenden Compression plötzlich

die Function der genannten Nerven zerstört. Prof. Sée hat 2 ähnliche Fälle in der Gaz. des hôpitaux (No. ?) beschrieben.

(Leider fehlt die histologische Untersuchung der Geschwulst. Ref.)

Tillmanns (Leipzig).

Quass. Verschlucktes Glied einer Kette.

(Sitzungs-Ber. d. Vereins d. Aerzte für Steiermark 1872—73 p. 2).

Ein eisernes, S förmig gekrümmtes, 2″ 3‴ langes und 1″ 3‴ breites Kettenglied war von einem 26j. Bauer verschluckt worden und gab seine Gegenwart nur durch mässigen Druck in der Tiefe der Brust kund. Am 16. Tage wurde es durch den Schlundstösser von seinem Sitze hart über der Cardia entfernt.

Pagenstecher (Elberfeld).

Quass. Heilung eines Aneurysma der Femoralis oder Profunda durch das Signoroni'sche Compressorium.

(Sitzungs-Ber. d. Vereins d. Aerzte für Steiermark 1872—73 p. 78.)

18j. Commis, bei dem das Aneurysma die hintere und die halbe Innenfläche des Oberschenkels von der Mitte bis $1^1/_2$″ über den Condylus einnahm und in 2 Jahren sich soweit entwickelt hatte. Zweimal täglich durch 2—$2^1/_2$ Stunde wurde das Tourniquet an verschiedenen Stellen der Femoralis angelegt und schon nach 12 Tagen war das Schwirren aus dem Aneurysma vollständig verschwunden.

Derselbe Pat. zeichnete sich aus durch multiple, verknöcherte Enchondrome, vielleicht angeboren, an den Condylen der beiden Oberschenkel, an der oberen Epiphyse beider Unterschenkel, am rechten Unterschenkel in der Höhe der Knöchel, am linken an der Kante des Schienbeins, an der obern Epiphyse beider Oberarme und an verschiedenen Phalangen. Die Sternalenden der Schlüsselbeine etwas verdickt, ebenso die rechte Schultergrube in der unteren Partie.

Pagenstecher (Elberfeld).

Berkeley Hill. Fracture of the body of the sixth cervical vertebra.

(Med. tim. and gaz. 1874. Juli 4.)

Ein 23jähriger Zimmermann war am 20. Dec. 1873 von einem schweren Kasten im Nacken getroffen worden. Sensible Lähmung rechts bis zur Brust; Lähmung der Flexoren und Extensoren der Hand, der Intercostalmuskeln, der linken unteren Extremität, sowie Parese der rechten. Temperaturunterschiede beider Seiten verschwanden bald. Der Tod erfolgte am 14. Jan. 74. Die Autopsie ergab eine Zusammenquetschung des unteren Theiles des Körpers des sechsten Halswirbels; der Bogen desselben Wirbels war schräg abgebrochen, so dass die Bruchlinie links hinter dem proc. transv. verlief. Das Rückenmark zeigte an dieser Stelle einen Eindruck sowie Extravasate. Ausserdem war linksseitige Pleuritis und Cystitis vorhanden. **Ranke** (Halle).

Martineau, Ulcère tuberculeux de l'anus.

(Gaz. méd. 1874. No. 27 p. 343.)

Bei einem 47j. Mann mit vorgeschrittener Lungentuberculose fand sich auf der linken Hinterbacke ein breites, unregelmässig begrenztes Geschwür mit flachen Rändern und einer von gelblichen Granulationen bedeckten Oberfläche. Der Geschwürsgrund war nicht indurirt. Nach dem Anus zu setzte sich die Ulceration mit 2 bis über den Sphincter reichenden Fissuren fort. Lues und Epitheliom waren bestimmt auszuschliessen. Die Behandlung bestand in Bepinselung mit 1% Chlorallösung, wonach einige Besserung eintrat. **O. Volkmann** (Halle).

Ertl. Amputation nach Chopart.

(Sitzungs-Ber. d. Vereins der Aerzte für Steiermark 1872—73 p. 63.)

E. stellte einen wegen Caries amputirten P. vor mit normaler Stellung und geringer Beweglichkeit im Tibio-tarsal Gelenk, der lediglich mit Hülfe eines mit Rosshaar ausgestopften Schuhes, bergauf und bergab viele Stunden ohne Be-

schwerden gehen konnte. Ferner erwähnte er eines vor 17 Jahren in derselben Weise operirten und ebenso geheilten Mannes, der mit ebensolchem Schuh versehen, Tagemärsche bis zu 12 Stunden macht. **Pagenstecher** (Elberfeld).

G. N. Cenni. L'acido ossalico nella difterite e sue diverse forme.

(Il Raccoglitore medico 1874. No. 17.)

»Meine Erfahrung zwingt mich zu behaupten, dass ein sicheres Mittel gegen Diphtherie gefunden ist und dass binnen Kurzem alle genöthigt sein werden, es anzuerkennen.«

Das Mittel ist sehr einfach, es besteht lediglich in Bepinselungen der fauces mit Oxalsäure. Freilich ist die Art der Mittheilung nicht sehr Vertrauen erweckend. So veröffentlicht C. einen Brief von Guirleo, worin er ihm mittheilt, dass er kaum ein Kind von schwerer Diphtherie durch Oxalsäure gerettet habe, als ein Spatz (sic!) trübsinnig, kopfhängerisch wurde und nicht mehr fressen wollte. Der Arzt constatirte am Spatzen ebenfalls Diphtherie (keine Beschreibung des Befundes) und bepinselte mehrmals täglich die Mundhöhle des Spatzen. Siehe da, die Heilung erfolgte am Spatzen ebenso schnell, als am Kinde. Daraus folgert C., dass auch die vergleichende Anatomie die Wirksamkeit seines Mittels bekräftige (sic!). **Menzel** (Triest).

C. de Morgan. Perforation des Zwerchfelles durch fracturirte Rippe mit Verletzung der Milz und des Darms.

(Transactions of the pathol. Soc. of London 1873. Bd. 24 p. 173.)

Der 32jähr. Mann war 24′ hoch vom Gerüste herabgestürzt und kam mit Emphysem der linken Brustseite, das sich bald nach rechts und zum Halse hin verbreitete, in's Hospital; Athem schwer, Schmerz nur bei tiefer Athmung; Nachlass der Erscheinungen; Delirium tremens. Tod am 2. Tage.

Sect. Blut in linker Pleura- und Brusthöhle; Zellgewebe um das Herz herum emphysematös; Herzbeutel ihm angelöthet, Kalkconcretionen in zwei fibrösen Abkapselungen desselben. An der Lungenbasis links ein kleiner Einriss; gebrochen sind die 4.—10. Rippe, davon 4., 5., 7., 8. 2 Mal und haben die Pleura durchbohrt, die 6. ausserdem das Zwerchfell. An der Rissstelle des letzteren findet sich Dünndarm angelöthet mit einer verfärbten, ecchymosirten Stelle und einer Perforationsöffnung von der Dicke eines Rabenkiels. Hinter dem angelötheten Darm liegt ein Blutcoagulum, hinter diesem die durch das Rippenende eingerissene Milz. — Wahrscheinlich ist dieser Einriss mit nachfolgendem Blutergusse erst im Delirium entstanden. **Pilz** (Stettin).

Muriel, Fünf Hernien an einer Person.

(British med. Journal 1874. Juni 20 p. 805.)

Ein 21jähriges sehr grosses Mädchen mit grossen beiderseitigen Schenkelbrüchen und einer rechtsseitigen Hüftbein-Ausschnitt-Hernie (»sacro-ischiadica«) erkrankte — wie schon öfter — mit heftigen Schmerzen in der Magengegend, starkem Erbrechen und Durchfällen, hoher Verfall der Kräfte; nach 4 Tagen erfolgte Tod. Die Section ergab leichte Peritonitis; in die linke Femoral-Hernie konnten leicht 3 Finger eingeführt werden; die rechte etwas weniger gross; dagegen liess sich in die Pforte der Hüftbein-Ausschnitt-Hernie bequem die ganze Hand einlegen (ein seltenes Vorkommen Ref.); Magen und Duodenum waren durch das vergrösserte for. oesophag. des Zwergfells in die Brusthöhle geschlüpft und dort gelagert; endlich fand sich hinter dem einen horizontalen Schambeinaste ein kleiner, eine nicht strangulirte Darmschlinge enthaltender Bruchsack. (Im Leistenkanal?) **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

N

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonnabend, den 29. August. **1874.**

Ueber schnellende (federnde) Finger.

Von
Dr. Arthur Menzel,
Primarchirurg in Triest.

Es wurde von Notha und Nélaton eine eigenthümliche unvollkommene Steifigkeit der Finger beschrieben, wobei der sonst normale Finger der Beugung eine Zeit lang widersteht, um dann plötzlich, unter schmerzhaftem Knacken, wie ein Taschenmesser zuzuschnappen*). Ganz ebenso geht die Extension vor sich. — Nélaton will einen runden, linsengrossen, harten, beweglichen Körper in der Beugesehne als Ursache des Uebels entdeckt haben. Sobald der

*) Nélaton gebraucht den Ausdruck »doigt à ressort«, die deutschen Autoren gebrauchen die Bezeichnung »federnder Finger«. Nun hat aber der Ausdruck federn (federn der Bruchenden, federnder Callus) in der Chirurgie eine ganz andere Bedeutung, so dass der Ausdruck »Schnellen, schnellender Finger« für die in Rede stehende Affection wohl zweckmässiger sein dürfte.

Finger sich zu beugen beginne, findet der rollende Körper einen Widerstand an den fibrösen Verstärkungsbändern der Sehnenscheide; wenn jedoch die Anstrengung weiter anhält, zwängt sich der Körper unter die Verstärkungsbänder und schnellt jenseits derselben hervor.

Ausserdem hat W. Busch*) zwei Fälle beobachtet, ohne das geringste Fremdartige weder am Gelenk, noch an den Sehnenscheiden zu eruiren.

Prof. Pitha (Pitha-Billroth Chir.) kennt zwar keinen Fall aus eigener Anschauung, meint aber, dass sich die sonderbare Affection am besten durch eine Gelenkmaus erklären liesse.

Ebenso hat Hyrtl (topogr. Anatomie) keinen Fall gesehen, doch meint er, »nach theoretischen Gedanken kann nur eine umschriebene Verdickung der Sehne des einen oder andern langen Fingerbeugers mit gleichzeitiger auf eine bestimmte Stelle beschränkter Verengerung der Sehnenscheide der sonderbaren Erscheinung zu Grunde liegen«.

Endlich hat Dr. Hahn (Allg. med. Centralztg. 1874. No. 12) einen interessanten Fall beschrieben, der sich durch Doppelseitigkeit (beide Ringfinger) des Schnellens auszeichnete. Es schnellte in diesem Falle das 1. Interphalangealgelenk beider Ringfinger, während die eigentlich schmerzhaften Puncte an der Beugeseite entsprechend den Metacarpophalangealgelenken lagen, woselbst ulnarwärts von der Beugesehne je ein härtlicher, unbeweglicher Vorsprung sass, der besonders schmerzhaft war.

Ich erlaube mir nun den wenigen bisher beobachteten Fällen einen neuen hinzuzufügen, welcher theils an und für sich, theils durch die Versuche, zu denen er mich anregte, vielleicht die Erklärung des sonderbaren Phänomens etwas näher rückt.

Marie Forman, 42 Jahre alt, aus Triest, Stickerin, litt im verflossenen Winter an Schmerzen rheumatischer Natur in den untern Extremitäten. Vor zwei Monaten (16. Mai 1874) fühlte sie ganz plötzlich während der Arbeit einen Stich in der Gegend des Metacarpophalangealgelenkes des rechten Daumens, so heftig, dass sie aufschrie. Sie glaubte, sich eine Nadel oder einen Dorn in's Fleisch gestochen zu haben, sah genau nach, konnte aber mit Sicherheit eine derartige Verletzung ausschliessen. Von da an verliess sie der Schmerz nie ganz, weder bei Tag noch bei Nacht. Nach 14 Tagen bemerkte sie zuerst das Ueberschnellen des Daumens und zuweilen konnte sie denselben überhaupt nicht beugen.

Als ich die Kranke untersuchte (16. Juli 1874), fand ich Folgendes: Sobald man die letzte Phalanx des rechten Daumens bis zu einem Winkel von 150° beugt, fühlt man ein Hinderniss; fährt man mit mässig vermehrter Kraft in der Beugung fort, so schnappt die letzte Phalanx ganz plötzlich mit einem leichten Knacken in einen Winkel von 90° (zur 1. Phalanx) über. Ganz ebenso überschnellt der Finger,

---

*) Busch's Handb. d. Chirurgie. Da dasselbe vergriffen ist, musste ich mich auf das Citat des Dr. Hahn — Allg. med. Centralzeitg. 1874 No. 12 — verlassen.

wenn man ihn von der gebeugten Stellung in die extendirte überzuführen sucht. Der Vorgang bleibt derselbe, sei es, dass die Bewegungen activ oder passiv vollzogen werden.

Die Kranke sowohl, als alle Untersuchenden verlegten das Schnellen und das Knacken in das Interphalangealgelenk. Eine noch so genaue Untersuchung lässt aber an diesem Gelenk nichts Abnormes nachweisen. Keine Anschwellung, vollkommene Schmerzlosigkeit selbst bei starkem Druck. Dagegen findet sich ein auf Druck äusserst schmerzhafter Punct an der Beugesehne und zwar genau entsprechend dem Metacarpophalangealgelenk. Es findet sich daselbst ulnarwärts von der Sehne ein länglicher, harter, linsengrosser, unbeweglicher Körper, welcher insbesondere der Ausgangspunct allen Schmerzes zu sein scheint. An der entsprechenden Stelle des anderseitigen Daumens findet sich genau derselbe Vorsprung; nur ist er linkerseits vollkommen schmerzfrei.

Der erwähnte Fall ist deswegen beachtenswerth, weil das Schnellen scheinbar im Interphalangealgelenk vor sich ging, während die eminente Schmerzhaftigkeit an der Volarseite des Metacarpo-Phalangealgelenks (s. den Fall von Hahn) es doch höchst wahrscheinlich machte, dass die Ursache dieses Schnellens in einer Affection der Sehne und ihrer Scheide liege.

Ich stellte nun mit meinem Assistenten, Herrn Dr. Sbisà, Versuche an der Leiche an, um künstlich schnellende Finger darzustellen. Zunächst stellten wir uns die Frage: Ist eine circumscripte Verdickung der Sehne, ein Sehnentumor, für sich allein genügend, einen schnellenden Finger zu erzeugen? (Wir wissen, dass die Sehnenscheide mehrfach straffe, fibröse Verstärkungsbänder besitzt. Sollte nicht vielleicht das plötzliche Ueberwinden solcher Verstärkungsbänder durch einen Sehnentumor das Schnellen hervorrufen?)

Es wurde die Sehne des tiefliegenden Fingerbeugers an einer ganz kleinen Stelle entsprechend der 2. Phalanx blossgelegt, hervorgeholt und 2—4 Mal mit einem Faden fest umschnürt. Diese mehrfachen Fadentouren mit dem entsprechenden Knoten bildeten einen kleinen circumscripten Sehnentumor. Hierauf wurde die Sehne in ihre Scheide versenkt und nun Bewegungen vorgenommen, theils durch directes Beugen des Fingers, theils durch Anziehen der entsprechenden, über dem Handgelenk blossgelegten Sehne. Die so erzielten Fingerbewegungen waren wohl weniger glatt, doch war von einem Schnellen nichts zu bemerken.

Das Schnellen trat bei vorhandenem Sehnentumor erst ein, wenn man den Widerstand der Scheide an einer passend gewählten Stelle erheblich vermehrte oder verminderte.

Um den Widerstand der Scheide zu vermehren, machten wir eine künstliche Scheidenenge, durch feste Unterbindung der umstochenen Scheide sammt der eingeschlossenen Sehne. Nun ging die Bewegung des Fingers glatt vor sich, bis der Sehnentumor an die Scheidenenge anlangte: da auf einmal stockte die Bewegung. Verstärkte man aber

um etwas die bewegende Kraft, so schnellte der Finger ganz plötzlich unter leichtem Knacken in die intendirte Stellung über. Hierbei hat man ganz das Gefühl, als ob das Schnellen in einem Fingergelenk (meistens dem letzten Interphalangealgelenke) vor sich ginge. Der ganze Vorgang bot genau dieselben Erscheinungen dar, wie wir sie an der Forman beobachtet hatten.

Statt die Sehnenscheide zu umstechen, versuchten wir, ob es nicht genügte, den ganzen Finger bei unverletzter Haut an einer Stelle fest zuzuschnüren. Es gelang jedoch nicht, hierdurch eine solche Scheidenenge zu erzielen, dass nicht der Sehnentumor relativ glatt durchgeschlüpft wäre, ohne zu schnellen.

Dahingegen konnte man mit Leichtigkeit das Schnellen erzeugen, wenn man durch Abtragung eines Stückchens der Scheide ihren Widerstand aufhob. Wenn der Sehnentumor relativ stark ist, so gehört eine etwas grössere, wenn auch immerhin für unsere Fälle mässige Kraft dazu, um den Knoten durch die Scheide durchzuwinden. Hört nun ihr Widerstand plötzlich auf, so schnellt der entfesselte Sehnentumor mit einem Ruck eine Strecke weit heraus, während man bei Betastung des Fingers ganz den Eindruck gewinnt, als ob dieses Zuschnappen im Interphalangealgelenke vor sich ginge.

Da der Nélaton'sche Fall darauf hinzudeuten schien, dass die Erscheinung des Schnellens durch Sehnenscheidenkörper (analog den Gelenkmäusen) bedingt sei, welche sich durch die resistenteren Stellen (Verstärkungsbänder) der Sehnenscheiden hindurchzwängen und aus ihnen herausschnellen sollten, so führte ich durch ganz kleine Einschnitte fremde Körper, als Hirse-, Hanf- und Reiskörner in die Sehnenscheiden ein und schob sie mit einer feinen geknöpften Sonde eine Strecke weit in die Scheide hinein. Diese Körper schlüpften mit Vorliebe an die beiden Seiten der Sehne, bewegten sich aber in der Regel nur ganz unbedeutend oder auch gar nicht mit. Nie entstand hierbei das Phänomen des Schnellens.

Aus dem bisher Gesagten scheinen mir folgende Schlüsse gerechtfertigt:

1. Das Schnellen der Finger dürfte wohl fast immer durch eine Affection der Sehnenscheiden bedingt sein; der Untersuchende hat jedoch stets den Eindruck, als wenn das Schnellen in einem Fingergelenke vor sich ginge.

2. Weder ein circumscripter Sehnentumor allein ohne Scheidenenge, noch eine Scheidenenge ohne Sehnentumor genügen zum Hervorrufen des Schnellens. Hierzu sind vielmehr beide Bedingungen gleichzeitig nothwendig, sowohl der Sehnentumor, als auch die Scheidenenge.

3. Das Schnellen kommt ebensogut zu Stande, wenn bei vorhandenem Sehnentumor die Scheide an einer entsprechenden Stelle eingerissen ist.

4. Freie Sehnenkörper bedingen nicht das Schnellen, selbst dann nicht, wenn eine gleichzeitige Verengerung der Scheide besteht; es

müsste denn der Sehnenkörper nicht frei, sondern innig mit der Sehne selbst zusammenhängen, wo er dann einem circumscripten Sehnentumor gleichwerthig wäre.

Die Sehnentumoren und Scheidenengen kommen wohl wahrscheinlich durch feste Entzündungsproducte zu Stande.

Was nun den Eingangs beschriebenen Fall betrifft, so muss ich hinzufügen, dass das Schnellen auf Jodtinctur und warme Bäder in wenigen Tagen sich verlor. Trotzdem blieben die Bewegungen des Daumens sehr schmerzhaft und von Arbeit ist noch heute keine Rede.

Es schien mir vor allem wichtig zu eruiren, worin eigentlich das Wesen der Krankheit besteht. Ist einmal dargethan, dass es sich wohl wesentlich um eine circumscripte chronische Tendovaginitis mit festen Entzündungsproducten handelt, so kann uns ein langwieriger Verlauf, wie in allen bisher beobachteten Fällen, so auch in diesem nicht Wunder nehmen.

Was den erwähnten härtlichen, ovalen, unbeweglichen Körper an der Seite der Sehne in der Höhe des Metacarpophalangealgelenkes betrifft, so entsprach derselbe, wie ich aus Leichenuntersuchungen entnehme, dem einen der freien Enden der knöchernen Halbrinne der 1. Daumenphalanx, inwelcher die Sehne verläuft. Beide Rinnenenden sind an dieser Stelle in der Regel etwas stärker vorspringend.

Zwischen den Enden der knöchernen Rinne bildet der Ansatz der Gelenkkapsel (Metacarpo-Phalangeal-gelenk) einen queren, deutlich vorspringenden härtlichen Wulst. Es dürfte demnach gerade diese Stelle (Metacarpo-Phalangealgelenk) einerseits wegen der Tiefe der knöchernen Rinne, andererseits wegen des erwähnten queren vorspringenden Wulstes für das Zustandekommen von Verengerungen der Sehnenscheiden an den Fingern besonders geeignet sein.

Triest 30. Juli 1874.

John R. Haynes (Philadelphia). On ligatures: an attempt to decide on the best material for the ligation of arteries. With experiments.

(Philadelphia med. times 1874. Vol. IV. No. 134, 136 u. 138.)

Die Arbeit, zum Zweck der Erlangung der Doctorwürde verfasst, zerfällt in einen historisch-kritischen und einen experimentellen Theil. Verf. verwandte als Prototyp der gewöhnlichen Unterbindungsfäden Seide, dann Metallligaturen und endlich »animale« Ligaturen (Catgut). — Anknüpfend an die experimentellen Resultate von Levert (Alabama 1828), Simpson und Porta ergaben des Verf. Versuche grösstentheils Einkapselung der Seide, ohne jede Eiterproduction, sowohl bei einem Seidenknäuel, den er in's Abdomen einer Katze versenkt hatte, wie bei Seidenfäden, die subcutan, oder um Muskeln und um Gefässe gelegt worden waren.

Hierauf werden die einschlagenden Erfahrungen an Menschen von Haire (1786), Hennen (1813), Lawrence (1814), Guthrie, Lizars, Carwardine und Lister (1869) besprochen. Trotzdem Fälle von Ausstossung kurz abgeschnittener Seidenligaturen ohne Eiterung, auch von Einkapselung, selbst von Resorption beschrieben worden sind (besonders in der Bauchhöhle — Peaslee, Keith), sei beim Menschen Ausstossung derselben mit Eiterung die Regel. Verf. giebt daher vor dem kurzen Abschneiden beider Fadenenden der »modernen« Methode den Vorzug, nur das eine Fadenende kurz abzuschneiden, das andere aber lang zu lassen. Er meint, die Eiterung sei dann geringer, die Wundheilung werde nicht gestört; und durch die sichere Obliteration des Arterienrohrs verringere sich auch die Gefahr der Nachblutungen. — Für Metallligaturen (Silber u. a.) sind die Experimente von Levert und die bestätigenden von Simpson und Kellburne King angeführt. Howard's Ansicht, dass es am vortheilhaftesten sei, die Metallligatur nicht fest zu schnüren, sondern nur das Lumen des Gefässes damit zu verengen, wird wegen der Unsicherheit der entsprechenden Versuche Howard's in starken Zweifel gezogen. Verf. selbst hat hier folgende experimentelle Resultate erzielt: ein Knäuel von Silberdraht fand sich am 73. Tage im Omentum einer Katze, eingebettet in eine zarte durchsichtige Membran. In Muskeln eingeführte Stücke Silberdraht erregten theils profuse Eiterung, theils gar keine Reaction. Unter die Haut gebrachte Stücke Silberdraht wurden ebenfalls durch Eiterung ausgestossen. Unter die Haut einer Katze wurden an verschiedenen Stellen kleine Knäuel gebracht von: Silber, Blei, Eisen, gewöhnlicher Seide, carbolisirter Seide, Zwirn, Catgut von verschiedener Dicke (unpräparirt und carbolisirt). Die Hautwunden mit Fäden von je demselben Material genäht, heilten alle ohne Eiterung. Nach 42 Tagen fand sich der Silberdraht in der Höhle eines kleinen Abscesses. Die Ueberreste von zwei Stücken Catgut (ein präparirtes und ein nichtpräparirtes) lagen in kleinen Cysten (?) eingeschlossen. Das dickste Stück von carbolisirtem Catgut war schon am 10. Tage unter Eiterung ausgestossen worden. Das Blei, das Eisen, der Zwirn und beide der angewandten Sorten von Seide waren in sehr dünne durchsichtige Kapseln eingeschlossen und hatten nicht die geringste Reizung verursacht. Es wurde ferner 4 Mal die Carotis (1 Mal beim Hund und 3 Mal bei der Katze) und 1 Mal die Iliaca ext. und die Abdominalaorta bei einer Katze ligirt. Beim Hund lag die Silberligatur (am 53. Tage) in einer Art Cyste an der Seite der eingekerbten und obliterirten Arterie. Bei den Katzen hatten die Carotisligaturen dreimal das Gefässrohr durchschnitten (27., 36. und 51. Tag), zweimal befanden sie sich in situ, um das Gefäss herum eingekapselt (36. und 51. Tag). Im letzten Versuch fand sich am 63. Tage an der Unterbindungsstelle der Bauchaorta eine grosse Cyste, darin ein verändertes Blutgerinnsel und der Ligaturdraht. Das Aortenlumen communicirte mit der Cyste, war aber in beiden Richtungen undurchgängig. Die Iliacaligatur

hatte das jetzt obliterirte Gefäss durchtrennt und lag in einer kleinen Höhle an der Wand der beschriebenen grösseren Cyste.

Tabellarisch geordnet folgen 11 Fälle von Metallligaturen beim Menschen, alle, mit Ausnahme eines Falles, bei Aneurysmen unternommen. Die Erfolge sind aber so traurig, dass Verf. vor Anwendung von Metall bei Unterbindungen in der Continuität warnt. Ebenso hält er mit Prof. Agnew, das Anlegen von Silberligaturen im Bereich der Bauchhöhle, trotz der Erfolge von Marion Sims und Emmet, für nicht unbedenklich. — Ueber die Anwendung von Silberdraht bei Amputationen führt er Beobachtungen von Erichsen und Lente an. Letzterer resumirt seine hierher gehörigen Erfahrungen folgendermassen: 1) Man bedarf geübter Assistenz, 2) Heilung durch prima intentio wird in nicht mehr Fällen erzielt, als bei Anwendung irgend eines anderen Ligaturmaterials, 3) bei Amputationen werden die meisten Metallligaturen ausgestossen, desto zahlreicher, je stärker die Eiterung. — Nur Bleidraht möchte Verf. einer weiteren Prüfung empfehlen, sowohl nach eigenen Thierversuchen, als auch nach einschlägigen Experimenten von Levert und einem Fall von Agnew, wo derselbe die Brachialis mit Blei wegen Aneurysma unterband und rasche Heilung durch prima intentio, ohne Ausstossung der Ligatur erzielte.

Uebergehend zu den »animalen« Ligaturen, schreibt Verf. Physick (1814) die erste Anwendung derselben zu. Er soll Streifen von Chamois-Leder, zu Stricken gerollt, benutzt haben. Aber 1813 hatte bereits Thomas Young in Edinburgh das Catgut zu Ligaturen vorgeschlagen, dessen Anwendung zu Nähten sich bereits bei Rhazes und Abul-Kasem angedeutet finden soll. Jamieson in Baltimore gebrauchte Jahre lang Strippen aus »Buckskin« zum Unterbinden. Die Ligaturen sollen nicht ausgestossen worden sein und störten nie die prima intentio. Bei Thieren wurde theils Einkapselung und theils Resorption solcher Ligaturen beobachtet. Hartshorne in Philadelphia benutzte Pergament und Eve aus Kentucky Sehnenfasern von Wild. Manec dagegen beobachtete bei Anwendung von Fäden aus Nervensträngen oder Sehnen niemals Heilung, ohne dass vorher die Ligaturen ausgestossen worden wären. An die Erzählung der Experimente von Astley Cooper (1817), Porta und Lister (1869) knüpft Verf. 2 eigene Versuche. Er unterband die Carotis einer Katze doppelt mit carbolisirtem Catgut. Nach 25 Tagen fand er keine Spur von den Unterbindungsfäden. Das Gefäss war im Bereich der Ligaturen obliterirt. Im 2. Fall, wo er nichtpräparirtes Catgut anwandte, fand sich am 44. Tage die Ligatur in situ um das obliterirte Arterienrohr herum, ohne Zeichen von Resorption. Eine Tabelle giebt sodann 18 Fälle von Ligaturen mit unpräparirtem Catgut beim Menschen von Porta, Guerini, A. Cooper, Normann und Crampton, alle wegen Aneurysmen unternommen. Die Versuche Lister's mit carbolisirtem Catgut veranlassten Verf. zu einer grösseren Reihe von in ihren makroskopischen Befunden sehr interessanten

Versuchen, welche gegen die eigene Ansicht des Verf. selbst, die Erfahrungen Lister's nur bekräftigen. — Zuletzt hat Verf. von Unterbindung grösserer Arterien in ihrer Continuität mit carbolisirtem Catgut 18 Fälle aus der neuesten amerikanischen und englischen Litteratur zusammengestellt mit 12 Heilungen und 6 Todesfällen. Heilung per primam soll nur in einem Fall erfolgt sein (C. Heath, Aortenaneurysma, Ligatur der Carotis und der subclavia). 4 Mal entstand eine Nachblutung, zweimal mit tödtlichem Ausgang. In 3 Fällen lockerte sich die Ligatur zu früh (Spence, Holden, Watson). Hieran knüpft Verf. eine Polemik gegen Lister's Empfehlung des carbolisirten Catgut zu Ligaturen, die aber um so weniger erfolgreich ist, als die Statistik des Verf.'s sowohl an Einseitigkeit in der Beurtheilung, als auch an grosser Unvollkommenheit leidet. In Betreff seiner Experimente mit Catgut ist, gegenüber den minutiösen, wenn auch nur spärlichen mikroskopischen Arbeiten Lister's über diesen Gegenstand, der Mangel einer jeden histologischen Untersuchung Grund genug, um uns den Werth derselben als nur gering erscheinen zu lassen. Nach des Verf.'s Meinung bleibt aber die Seide das sicherste und darum das beste Material für Ligaturen. **Lesser** (Berlin).

Flammarion (de Nogent). Érysipèle du pharynx.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 12.)

Im Anschluss an eine Mittheilung von M. Brouardel in der Gaz. des hôp. berichtet F. über 2 Fälle von Pharynxerysipel, welche durch ihren contagiösen Verlauf ein schlagendes Beispiel von der Existenz dieser so selten beschriebenen Affection geben sollen. Ein Mann erkrankt an Gesichtserysipel, 2 Tage später wird seine Frau, welche ihn pflegt, von einem Pharynxerysipel befallen, welches sich durch den rechten canal. lacrymal. vom Augenwinkel aus auf das Gesicht ausbreitete. Schliesslich wird auch die Schwester der letzteren, welche mit den beiden ersten Patienten in demselben Zimmer schlief, von einer Pharyngitis erysipelat. befallen. In allen 3 Fällen waren die für Erysipel charakteristischen Symptome deutlich ausgeprägt. Unter der Anwendung von Brechmitteln, von Calomel gegen die Obstipation, und durch Cauterisationen mit Argent. nitr. wurden die Patienten geheilt. Schliesslich rühmt Verf. die Anwendung einer Mischung von Olivenöl mit Terpentin, welche antiseptisch wirke.

Tillmanns (Leipzig).

W. Brodowski, Prof. in Warschau. Ein Beitrag zur Aufklärung der Entstehung der sogenannten Riesenzellen in Krankheitsgebilden überhaupt und insbesondere in Tuberkeln.

(Denkschrift d. Warschauer ärztl. Gesellsch. 1874. Hft. 1. polnisch.)

B. nähert sich am meisten der Ansicht Wegner's, welcher behauptet, dass die Riesenzellen aus Blutgefässen durch Proliferation

ihrer Zellen entstehen; B. geht weiter und meint, dass dieselben in neu entstehenden Blutgefässen und vorzugsweise in deren protoplastischen Auswüchsen ihren Anfang nehmen.

Er beweist es dadurch, dass er die sogenannten kleinen und mittleren Riesenzellen öfters als protoplastische vielkernige Verdickung eines schon ausgebildeten Capillargefässes, oder als Verlängerung eines direct aus einem Capillargefäss hervorgehenden protoplastischen Auswuchses vorgefunden habe. Vier gute Holzstiche erleichtern das Verständniss.

Als weiteren Beweis für die Richtigkeit seiner Behauptung führt er die Thatsache an, dass sich dadurch verschiedene an den Riesenzellen von anderen Beobachtern bereits aufgefundene Erscheinungen sehr gut erklären lassen; und zwar, die rings um Riesenzellen vorgefundenen Hohlräume entsprechen den His'schen perivasculären Räumen; die aus Spindelzellen bestehende Umhüllung derselben findet ihr Analogon in der tunica adventitia; das sie besonders in Tuberkeln umgebende Netz wird durch Vereinigung der zu Aesten herangewachsenen, angioplastischen Auswüchse gebildet; die in Riesenzellen oft beobachteten Bläschen sind nach B. Resultat einer Colloidmetamorphose, durch welche die Aushöhlung der angioplastischen Auswüchse gewöhnlich zu Stande gebracht wird. — Auf ähnliche Weise deutet B. mit Leichtigkeit die Anwesenheit der Blutkörperchen und des Pigmentes in den Riesenzellen. Doch verneint er die Möglichkeit ihrer Entwicklung aus Lymphgefässen gar nicht, erklärt nur, es niemals gesehen zu haben.

Zuletzt schlägt B. einen neuen Namen für sie vor: angioblasten, und für die, einen gleichen Bau aufweisenden Gebilde wie: gumma, lupus, tuberculum etc. einen gemeinschaftlichen auf Histologie basirenden Namen nämlich: granuloma angioplasticum. **Obaliński** (Krakau).

F. Bezold. Die Perforation des Warzenfortsatzes vom anatomischen Standpunkte.

(Aerztl. Intell.-Blatt 1874. No. 23—24 p. 209.)

B. hat sich die Aufgabe gestellt, vom anatomischen Standpunkte aus für die Technik bei der künstlichen Eröffnung des Warzenfortsatzes präcisere Anhaltspunkte aufzustellen. Er nahm zu dem Ende an einer Reihe von 100 Schläfenbeinen Erwachsener sehr zahlreiche und exacte Messungen aller derjenigen Distanzen vor, welche bei dieser Operation in Frage kommen, um aus den erhaltenen mittleren Grössenmaassen namentlich diejenige Stelle und Richtung für den Perforationscanal zu bestimmen, welche am sichersten eine Verletzung des Sinus transvers. vermeiden lässt. Die Messungen ergaben das bemerkenswerthe Resultat, dass an der bisher zur Perforation gewählten Stelle der Pars mastoid. des Schläfenbeines, nämlich in der Gegend hinter dem Ansatze der Ohrmuschel, in einem ziemlich grossen Bruch-

theile der gemessenen Schläfenbeine, nämlich in 15 Fällen unter 100, eine Verletzung des Sinus nicht zu umgehen gewesen wäre, da in diesen Fällen die Dicke jener Stelle des Knochens weniger als 7 Mm. betrug. Verf. verwirft daher überhaupt diese Stelle zur Operation und empfiehlt statt dessen die Eröffnung des Antrum mastoid. an dem von dem Ansatz der Ohrmuschel bedeckten Theile der Aussenfläche der Pars mastoid. vorzunehmen, und zwar möglichst weit nach vorne gegen den Eingang des knöchernen Gehörganges hin. Dabei wird natürlich ein Theil der Ohrmuschel abgelöst. Der Perforationscanal verläuft parallel dem knöchernen Gehörgange und dringt in einer Tiefe von 10—12 Mm. in das Antrum. Zur Ausführung der Operation empfiehlt Verf. die Anwendung des Handhohlmeissels; die genaue Beschreibung des technischen Verfahrens ist im Original nachzusehen. Uebrigens muss hervorgehoben werden, dass die einzelnen Maasse sehr bedeutende individuelle Schwankungen zeigen und giebt Verf. zu, dass unter den 100 gemessenen Schläfenbeinen in 6 Fällen auch bei Ausführung seines Verfahrens eine Sinusverletzung nur durch sehr vorsichtiges Eindringen vermieden werden konnte.

P. Bruns (Tübingen).

J. P. Creveling. Puncturing the mastoid cells.

(New-York med. Journal 1874. No. 5 p. 495.)

Verf. empfiehlt zur Punction des Warzenfortsatzes an Stelle eines Bohrers oder Trepanes die Verwendung eines gewöhnlichen Troikarts, welche folgende Vortheile darbieten soll: geringere Gefahr einer Verletzung der inneren Tafel, leichtere Handhabung, Ausführung in kürzerer Zeit und mittelst eines einzigen Instrumentes, da die Punctionsöffnung in den Weichtheilen für die Entleerung der Flüssigkeit hinreicht (? Ref.).

P. Bruns (Tübingen).

Munk. Sieben neue Fälle von Uterus-Ruptur mit Rücksicht auf vaterländische Litteratur bearbeitet.

1874. Verlag der **L. Fr. Fues**'schen Sortbuchh. in Tübingen.

Auf Grund eines Materials von 49 Fällen (incl. der 7 neuen) sieht Verf. den Grund spontaner Rupturen häufiger im Uterus, oder dessen Inhalt, oder in den Bauchdecken (Hängebauch), als in Abnormitäten des Skeletts (enges Becken). In 2 Fällen fanden sich scharfe Knochenhervorragungen des Promontorium. Hinsichtlich der Häufigkeit erlebte Verf. in 24 Jahren von 750 künstlichen Geburten 6 Rupturen, also 1 : 125; Hartmann dagegen berechnete das gleiche Verhältniss für das Jahr 1867 in Württemberg wie 1 : 1002. Der Sitz der Ruptur war in den genauer notirten Fällen am häufigsten in der hintern Uteruswand, und dann in der Scheide, meist mit tieferem Uebergang in den Uterus. Von den Symptomen hebt Verf. hervor

das plötzliche Aufhören heftiger Wehen und den an Stelle derselben eintretenden, anhaltenden Schmerz; ferner eine sanduhrförmige Gestalt des Bauches nach Austritt des ganzen Kindes in den Leib; ferner den Vorfall der Nabelschnur bei Veränderung der Kindeslage; dann einen rasch eintretenden, etwa auch mit Erbrechen verbundenen Collaps. Verf. warnt vor einer allzueifrigen Bearbeitung des Risses im Interesse einer feinen Diagnose und ist, auf Erfahrung gestützt, der Ueberzeugung, dass besonders unbedeutende Risse oft nicht erkannt werden. Die Prognose hält Verf. weit günstiger, als Scanzoni; auf 5,13 Todesfälle berechnet er 1 Fall von Genesung. Darum legt er auch auf die Therapie einen besondern Werth und empfiehlt, »in die Beendigung der Geburt auch die sofortige schonende Entfernung der placenta mit einzubegreifen« (wohl selbstverständlich, Ref.) und eventuell, wenn in schonendster Weise möglich, das in die Bauchhöhle getretene Blut oder Fruchtwasser zu entfernen. Eiswasserumschläge nach der Entbindung seien am besten; im weitern Verlauf wäre der fortwährende Gebrauch der Opiate noch mehr am Platze, als bei jeder andern Form der Peritonitis; Abführmittel nur im äussersten Nothfall zu gebrauchen. Stirbt die Gebärende schon vor der Beendigung der Geburt, kann dieselbe per vaginam nicht mehr beendet werden und ist der Tod des Kindes zweifelhaft, so erscheint der Kaiserschnitt indicirt; ebenso die Laparotomie an der noch lebenden Frau bei Austritt des noch lebenden Kindes in die Bauchhöhle, überhaupt bei absolutem Hinderniss für die gewöhnliche Entwicklung. Betreffs der interessanten sieben Krankengeschichten sei auf das Original verwiesen.

Leopold (Leipzig).

Carl Christ. Wolff. Beitrag zur Lehre von den Urachus-Cysten.

(Inaug.-Diss. Marburg 1873.)

Anknüpfend an die Arbeit von Luschka über den Bau des menschlichen Harnstranges (Virchow's Archiv 1862, Bd. 23) und an die Beobachtungen über pathologische Veränderungen desselben von Prof. Hoffmann in Basel (Archiv der Heilkunde Bd. 11) theilt Verf. 2 weitere Fälle von Urachuscysten mit. Der eine Fall betraf eine 31jährige Frau, welche seit 2 Jahren eine allmälig zunehmende, nicht verschiebbare Geschwulst der linken Bauchgegend unterhalb des Nabels bemerkt hatte. Der Tumor wurde anfangs für eine Ovarialcyste mit Verwachsungen in der Unterbauchgegend gehalten, bei der Operation derselben aber ergab sich eine zwischen Bauchfell und fascia transversa gelegene stiellose Cyste, deren grösste Circumferenz 63 Cm. betrug. In dem 2. Falle zeigte ein $2^1/_2$jähriger Knabe im unteren Theil des Nabelrings eine kleine in der Umgebung etwas geröthete Oeffnung, aus der bei Druck unterhalb des Nabels seröse Flüssigkeit hervordrang. Die Untersuchung mit der Sonde ergab einen

Canal, der sich in der Richtung der linea alba etwas über einen Zol nach abwärts erstreckte. — Verf. ist der Ansicht, dass die Urachuscysten häufig verkannt und für Eierstockscysten gehalten werden; sie scheinen entschieden nicht selten zu sein, da ja nach Luschka schon im normalen Urachus häufig kleinere Cysten vorkommen, von welchen es leicht denkbar ist, dass sie sich pathologisch vergrössern.

Tillmanns (Leipzig).

Gosselin & Robin. De l'urine ammoniacale et de la fiévre urineuse.

(Archives générales de médecine 1874. No. 5 u. 6.)

Als Einleitung zu dieser Arbeit haben die Vff. zunächst die Versuche über die physiologischen und tonischen Eigenschaften des kohlensauren Ammoniak wiederholt, die von den Resultaten älterer Untersuchungen nicht wesentlich differiren.

In einer zweiten Reihe von Versuchen über die Einwirkung des eingespritzten normalen sauren Urins auf die lebenden Gewebe konnten die Vff. die Angabe Menzel's, dass ein solcher Harn unschädlich sei, im Ganzen bestätigen.

Wurde aber in diesem sauren, an und für sich nicht schädlichen Urin kohlensaures Ammoniak gelöst, so trat der Tod nach viel geringeren Dosen ein, als wenn man eine wässrige Lösung bei gleichem Gehalt an diesem Salz injicirt hätte. Eine sichere Erklärung dafür wissen die Vff. vorläufig nicht zu geben.

Die subcutanen Einspritzungen und das Verbinden von frischen Wunden mit dem alkalinischen Urin von Blasencatarrhen führte die Versuchsthiere (Kaninchen und Meerschweinchen) noch viel rascher zum Tode, und zwar in einer Weise, die der enthaltenen Menge an kohlensaurem Ammoniak noch weniger entsprach. —

Ob nun andere Zersetzungsproducte daran Schuld sind, oder ob man vielleicht mit einem der Septikämie analogen Process zu thun hat, darüber mögen sich die Vff. noch nicht entscheiden, trotzdem für letztere Annahme der Umstand spricht, dass nach subcutaner Injection eines Millionstel Tropfen von Blut eines durch ammoniakalischen Urin getödteten Kaninchen, ein anderes Kaninchen in kurzer Zeit zu Grunde ging.

Girard (Strassburg i/E.).

George Cowan. Description of two new modifications of the Nélaton Catheter.

(The Americ. Quart. Journal of med. sciences 1874. April p. 359.)

Für die Behandlung der schwierigeren Fälle von Prostata-Hypertrophie, in welchen die Urethra nicht nur verengt, sondern auch seitwärts gebogen oder gewunden verläuft, hat Verf. versucht, den allzu flexiblen Nélaton'schen Gummi-Katheter soweit zu steifen, dass er unbeschadet seiner Biegsamkeit eine sicherere Einführung gestattet.

Er empfiehlt in dieser Hinsicht 2 Modificationen des Catheters. Die eine besteht darin, dass ein feiner, in dichter Spirale aufgerollter Kupferdraht bis an das Ende des Katheters geschoben wird. Dem Auge gegenüber sind 3 oder 4 Windungen etwas weiter, so dass Urin und Schleim bequem abfliessen können. [Nichts Neues. Ref.]

Anstatt des Kupferdrahtes kann auch verwickelter Eisendraht oder Silberdraht verwandt werden.

Bei der zweiten Modification werden 2 schmale Uhrfedern in den Katheter geschoben, welche an ihren unteren Enden mit einander verlöthet sind und deren eine etwas längere unten einen birnförmigen Kupferknopf trägt. Bei dem Einführen des Katheters dient der Knopf als Wegsucher. Ist die Blase erreicht, so werden die Uhrfedern zurückgezogen.

Mit beiden Instrumenten ist Verf. in schwierigen Fällen zum Ziel gekommen, ohne den Pat. grosse Schmerzen zu bereiten.

Lossen (Heidelberg).

Kleinschmidt, Wigandsthal a/F. der Tafelfichte. Zur Behandlung des Schlangenbisses durch subcutane Injection von Liq. Ammon. caust.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 24.)

Nach einem Otternbiss schwoll binnen 24 Stunden einem 9jährigen Knaben die obere Extremität (der Biss war in den Mittelfinger erfolgt) bis zum doppelten Umfang an; ferner war die ganze Brust und Seite derselben Gegend geschwollen und von frieselartigem Ausschlag bedeckt; Pulsfrequenz stieg auf 120, Temperatur auf 39,9°; Berührung der geschwollenen Theile war äusserst schmerzhaft. Nach Einspritzung von einer Pravaz'schen Spritze voll Liq. ammon. caust. 1 auf 4 aq. dest. schwanden schon binnen $^1/_2$ Stunde die Schmerzen, Angst und Erbrechen. Die Schwellung des blaugrün glänzenden Arms nahm erst nach multiplen Punctionen ab, nach welchen grüngelbe Flüssigkeit aussickerte. Am folgenden Tage war starke Abschwellung, Besserung des Allgemeinbefindens und Appetits eingetreten; an der Injectionsstelle fand sich ein Zweigroschen grosser, schwarzer Schorf, unter dem sich eine Eiterung bildete. Schliesslich erwähnt K., dass er künftig bei allen vergifteten Wunden, besonders bei Infection durch Leichengift, Lyssa, Milzbrand und Rotz das Mittel versuchen werde.

v. Mosengeil (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Kośmiński (Warschau). Zwei Fälle von Herpes zoster facialis s. ophthalmicus.

(Denkschrift d. Warschauer ärztl. Gesellsch. 1874. Hft. 1. polnisch.)

In beiden Fällen, sowohl bei einem 38jährigen Beamten, als auch bei einem 8jährigen Mädchen, fand K. Augensymptome: injectio perikeratica, in dem zweiten auch ein ulcus corneae, neben exquisiten Symptomen eines herpes zoster der

linken Stirnhälfte, der linken Scheitelbeingegend, des oberen Augenlides und der linken Nasenwurzelgegend.

K. ist mit Hutchinson der Ansicht, dass nur in Fällen, wo der nervus naso-ciliaris mitleidend ist, wo also an der Nasenwurzel ein herpetischer Ausschlag gefunden wird, genannte Augensymptome aufzutreten pflegen.

Obaliński (Krakau).

J. Schkott. Die chirurgische Thätigkeit des Moskauer Marienhospitals im Jahre 1873.

(Moskauer med. Zeitung 1874. No. 21.)

Unter Anderem theilt Verf. folgenden interessanten Fall von hochgradiger Verwachsung des Schlundes mit der Zunge mit. Die Krankheit war bei dem 19 Jahre alten Patienten in Folge eines seit 2 Jahren wirksamen, seiner Vorkur nach nicht näher zu eruirenden Processes entstanden. Der weiche Gaumen mit der Uvula und den Gaumenbögen fehlen; statt ihrer gehen von dem mucös-periostalen Ueberzuge des harten Gaumens harte Stränge direct zur hintern Pharynxwand und von hier zum Zungengrunde, so dass sich statt des normalen Isthmus faucium eine feste narbige Wand darstellt, die nach unten hin eine nur für eine Sonde durchgängige Oeffnung besitzt. Da beide Choanen ebenfalls verwachsen waren, so stellte diese Oeffnung den einzigen Weg für den Durchgang von Luft und Speise dar. Wegen hochgradiger Dyspnoe wurde dem Kranken unverzüglich die Tracheotomie gemacht und darauf zur blutigen Erweiterung der Oeffnung im Schlunde geschritten. Letzteres gelang nur theilweise, weil die Oeffnung sich jedesmal wieder verengerte, sobald das Einführen von Kathetern sistirt wurde. **Heppner** (St. Petersburg).

Périer. Anomalie de l'oesophage.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 12.)

P. beobachtete bei einem neugeborenen, sonst gesunden Knaben eine Obliteration des oberen Endes des Oesophagus. Das untere Ende stand in der Gegend der Bifurcation der Trachea in offener Communication mit den Luftwegen. Das Kind lebte 7 Tage. **Tillmanns** (Leipzig).

M. Descamps: Cas remarquable d'aphasie, survenue à la suite d'abondantes hémorrhagies.

(Archives médicales belges 1874. Hft. 6.)

Ein alter Herr von 52 Jahren, seit 25 Jahren beständig an Asthma und Gicht leidend, und früher lange von hartnäckigen Intermittens-Anfällen belästigt, gebrauchte wegen einer chronischen Verstopfung längere Zeit das Friedrichshaller Bitterwasser. Unter dessen purgirender Wirkung machte sich ein altes Leiden, die Hämorrhoiden, wieder geltend. In Folge hiervon trat eines Tages nach einem warmen Bade eine ungewöhnlich starke Hämorrhoidalblutung auf, welche den alten Herrn sehr erschöpfte. Ein Recidiv am folgenden Tage führte zu den Erscheinungen der tiefsten Anämie, mit gleichzeitigen auffälligen cerebralen Symptomen, welche sich als ein scharf charakterisirter Fall von Aphasie darstellten. Dieser Zustand währte 3 Tage. Darnach kehrte allmälig das Sprachvermögen wieder; doch blieb die Aussprache noch immer unverständlich. B. verschluckte (mangeait), so zu sagen, seine Worte, indem er die ersten 1—2 Sylben deutlich aussprach, die letzten aber durch einen unverständlichen Laut ersetzte. Nach 8 Tagen articulirte er wieder ziemlich gut, fast wie zuvor, doch bestand noch über einen Monat lang eine gewisse Schwäche des Wortgedächtnisses.

Ein halbes Jahr später, nachdem B. seine gewöhnliche Badecur durchgemacht und eine acute Laryngo-Bronchitis überstanden, bekam er in Folge von Niesen abundantes Nasenbluten, welches durch die Tamponade gestillt werden musste. Dasselbe kehrte am zweiten Tage darauf zur selbigen Zeit typisch wieder, jedoch wegen des Tampons in geringerem Maasse. Es wurden nun, wie auch im ersten Falle, $1\frac{1}{2}$—2 Gramm Chinin am folgenden Tage gereicht und hierdurch die dritte Attaque der Blutung, welche am Abend des 4. Tages sich auch in der That durch

einige Tropfen Blut ankündigte, coupirt. Aphasische Erscheinungen fehlten diesmal. Die Folgen dieses Blutverlustes überstand B. jedoch nicht und starb 3 Wochen später.

Den Zusammenhang der ganzen Leidensgeschichte erklärt Verf., gestützt auf ähnliche Beobachtungen anderer Autoren in Belgien, aus einer ursprünglich stattgehabten Malaria-Infection und der dadurch bedingten constitutionellen Ernährungsstörung.

Arn. Hiller (Minden).

Arnott. Eine Cyste der Kopfhaut, eine Meningocele vortäuschend.

(British med. Journal 1874. Febr. 7. p. 177. Pathol. Soc. of London 20. Jan.)

Bei einem 6 Monat alten Kinde fand sich auf der grossen Fontanelle eine eigrosse, durchsichtige, nicht pulsirende, nicht zurückdrückbare Cyste, bedeckt von bläulicher Haut. Nach der Geburt war die Haut normal; innerhalb 4 Wochen war angeblich eine haselnussgrosse, beim Schreien sich vergrössernde Geschwulst entstanden. Compression und Jodtincturbepinselungen hatten einigen Erfolg; da starb das Kind an einem Lungenleiden. Bei der Section fand man eine Balggeschwulst, enthaltend opake, fettige Masse und Haare; die grosse Fontanelle war geschlossen.

Pilz (Stettin).

Rob. Cary. Case of secondary abscess following a strangulated omental hernia, bursting into the pericardium.

(The Lancet 1874. No. 22 p. 762.)

Ein 32jähriger Landmann hatte schon 10—12 Jahre an heftigen Schmerzen im Leibe gelitten, verbunden mit einer Schwellung in der rechten Leiste. Die Schwellung schwand bei ruhiger Lage. Am 6. Sept. 1873 hatte er von Neuem heftige Schmerzen, dieses Mal mit Erbrechen. Bis zum 16. nahm die Schwellung zu, das Scrotum und den Jnguinalkanal einnehmend. Am 17. entleerte sich eine Menge Eiter. Schon am 14. October wurde Pat. mit einem Bruchband aus dem Bett wieder entlassen. Am 10. Novemb. traten in der linken Seite lebhafte Schmerzen und leichte Dämpfung links an der Brust ein. Am 29. Nov. Schmerzen in beiden Seiten, Husten und Expectoration. Am 4. Decb. wurde eine Vergrösserung der Herzdämpfung bemerkt. Herztöne schwach. Am 5. Dec. plötzlicher Tod. Bei der Section zeigte sich ein Abscess zwischen Leber und Zwerchfell, welcher durch eine kleine Oeffnung mit dem Pericardium communicirte.

Leisrink (Hamburg).

J. Woodworth. Case of double diaphragmatic rupture and hernia.

(New York med. Journal 1874. No. 4 p. 402.)

Verf. theilt einen seltenen Fall von doppeltem Zwerchfellbruch mit. Er beobachtete denselben bei einem Matrosen, welcher wahrscheinlich beim Schieben schwerer Planken, wobei die Last besonders den Unterleib traf, sich eine Ruptur des Zwerchfells zugezogen hatte. 6 Tage nach der Verletzung stellten sich plötzlich heftige Kolikanfälle und die Erscheinungen eines linksseitigen pleuritischen Exsudates ein und nach weiteren 4 Tagen erfolgte unerwartet rasch der Tod. Bei der Section fand sich eine doppelte Ruptur in der linken Hälfte des Zwerchfells; beide Rupturstellen waren vollständig von einander getrennt, durch die eine war Dickdarm und eine Portion des Netzes in die linke Pleura-Höhle getreten, durch die andere Dünndarm und Netz. Der Dickdarm war eingeklemmt und perforirt.

P. Bruns (Tübingen).

Rosenberger. Linksseitiger Pneumothorax in Folge eines in das Rectum eingedrungenen Weinbergspfahles.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 14 p. 102.)

Ein 15jähriger Mensch fiel von einem Baum auf einen Pfahl, den er sich 34 Ctm. tief in das Rectum bohrte. Er brach ab und Pat. zog ihn sich heraus. Stuhlgang angeblich ohne Blut. Es trat Pneumothorax langsam und Meteorismus

ein. Letzterer schwand. Nach anfänglich gutem Verlauf spätere Verschlimmerung und Pat. starb am 37 Tage nach der Verletzung. Die Autopsie ergab, dass die Pfahlspitze das Rectum an der ersten Biegung der Flex. sigmoidea perforirt, im cavum Peritonei das Netz und vordere Magenwand erfasst, an die obere Funduswand gedrängt, das Diaphragma durchbohrt und die drei Gebilde darin eingeklemmt hatte. Nach dem Herausziehen des Pfahles blieben sie daselbst eingezwängt; ferner wurde die Lunge schwach verletzt, woher der Pneumothorax entstand. Doch fand sich auch Communication mit dem Magen, die durch Druckgangrän der eingepressten Partie erklärt wird. **v. Mosengeil** (Bonn).

Bidder. Ein neuer Schienenapparat zur Correction der Schlotterverbindung im Ellenbogengelenk.

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1 p. 108—130.)

B. empfiehlt eine Modification der für Schlottergelenke des Ellenbogens meist gebräuchlichen Apparate, die bekanntlich aus 2 Halbrinnen bestehen, welche durch gerade, von einem Charniergelenk unterbrochene Stahlleisten mit einander verbunden sind. Die Geradlinigkeit dieser Stahlstangen scheint nun ein Fehler zu sein. Der obere Endpunct der Ulnaraxe trifft nämlich im normalen Gelenk nicht mit dem Endpunct der Humerusaxe zusammen, sondern liegt bei extendirter Armstellung hinter dem Humerus und noch mehr hinter der Drehaxe des Gelenks. Der obere Endpunct der Ulnaraxe beschreibt also stets eine Kreisbewegung um die Drehaxe der Trochlea. Sollen daher die normalen Bewegungen nachgeahmt werden, so muss die an der Unterarmhalbrinne befestigte Stahlstange an ihrem oberen Ende, kurz bevor sie sich mit der anderen zum Charnier vereinigt, etwas nach vorne, etwa bis zu 90° umgebogen sein. Der längere Schienentheil entspricht dann der Ulnaraxe, der kurze repräsentirt die Entfernung des Endpunctes dieser von der Drehaxe am unteren Humerusende. Statt mit Schnallen werden die Kapseln mittelst Heftpflasterstreifen so fixirt, dass der ganze Apparat an der Haut der Schulter und des Oberarms hängt und dass die resecirten Knochentheile in möglichst genaue Berührung kommen.

Vier, meist im Mannheimer Krankenhaus ausgeführte Resectionen des Ellenbogens vergl. im Original. **Wilh. Koch** (Berlin.)

Bouley. Nouvel appareil pour la transfusion, proposé par Mathieu.

(Comptes rendus T. LXXVIII. p. 1391—93).

Der neue von Mathieu ersonnene und im Original durch eine Abbildung erläuterte Transfusions-Apparat besteht aus einem cylindrischen Glasrecipienten, auf dessen oberer Basis eine bauchige Kautschukflasche aufsitzt, welche als Luftreservoir dient und deren Hohlraum mit dem Recipienten durch ein in der Basis des letzteren angebrachtes Loch communicirt. Durch die Kautschukflasche hindurch geht ein Glasrohr, das ebenfalls die Basis des Recipienten durchsetzt und dessen unterem Ende ein anderes kurzes und enges Kautschukrohr genau angepasst ist. Dieses ragt frei in den Recipienten hinein; es vertritt die Stelle eines Ventils, indem bei verstärktem Druck innerhalb des Recipienten sein Lumen verschlossen wird und so die Communication der Glasröhre mit dem Recipienten aufgehoben wird, während bei Nachlass der Drucksteigerung sein Lumen sich wieder öffnet. Das aus dem Kautschukgefäss heraustretende Ende des Glasrohrs ist trichterförmig erweitert zur Aufnahme des defibrinirten Blutes. Die Functionirung des Apparats geschieht ähnlich, wie bei den ähnlichen Vorrichtungen von Belina und Gesellius, so, dass die Kautschukflasche bald saugend und bald drückend auf die Blutflüssigkeit wirkt. **J. Munk** (Strassburg i. E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. Sonnabend, den 5. September. 1874.

Prof. Luigi Calori. Di alcune anomalie delle principali arterie e delle vene superficiali del collo.

(Rivista clinica di Bologna 1874. No. 6.)

Die erste Anomalie betrifft die arteria subclavia dextra eines 15jähr. an Scrophulose gestorbenen Knaben. Die Anomalie ist zweifach; zunächst giebt die Arterie gar keinen Ast dort ab, wo sie de norma 4 Aeste abgeben sollte, nämlich in der Strecke vom Ursprung aus der Anonyma bis zum Eintritt zwischen die beiden Scaleni; zweitens ist die Zahl der Aeste auf 2 vermindert. Der erste Ast ist die art. vertebralis. Er entspringt unmittelbar am Eintritt zwischen die scaleni. Der zweite entspringt während des Durchtritts durch die scaleni als sehr dicker kurzer Stamm, welcher nach aussen das Fleisch des m. scalenus ant. durchbohrend, sich alsbald in die art. mammaria, thyreoidea inf., transversa colli, transversa scapulae und cervicalis ascendens theilt. Diesen 2. Hauptast nennt C. truncus thyreo-cervico-mammarius. Die Anomalie ist auch chirurgisch wichtig. Man scheut

sich, die Unterbindung der subclavia vor den scalenis zu machen, weil die zahlreichen Gefässe eine hinreichende Thrombusbildung nicht ermöglichen. In diesem Fall wäre von diesem Gesichtspunkt aus die Unterbindung vor den scalenis räthlich, die jenseits der scaleni gefährlich gewesen.

Eine weitere Anomalie betrifft die Carotis ext. dextr. desselben Knaben. Statt dass die art. thyreoidea sup., a. lingualis und a. maxillaris ext. jede direct aus dem Stamm der art. carotis ext. ihren Ursprung nehmen, entspringen alle drei aus einem kurzen gemeinschaftlichen Ast, den die Carotis ext. unmittelbar nach der Theilung (der carotis comm.) abgiebt. Daraus ergiebt sich, dass die Carotis ext. von diesem Hauptaste, resp. fast von der Theilungsstelle an bis zur Art. occipitalis hin astfrei war, und sich zu einer Unterbindung vollkommen geeignet hätte.

Im 3. Abschnitt wird eine Anomalie des Verlaufes der Halsvenen beschrieben. Schade, wie der Autor auch richtig bemerkt, dass der Chirurg, vor Beginn seiner Operationen derartige Anomalieen nicht ahnen kann. **Menzel** (Triest).

Guido Tizzoni. I lembi periostei e lo sviluppo patologico del tessuto osseo nelle amputazioni.

(Rivista clinica di Bologna 1874. No. 6.)

Die Arbeit fusst auf zahlreichen, fleissig ausgeführten und verwertheten Versuchen an Thieren und einzelnen Beobachtungen an Operirten, und die Schlussfolgerungen verdienen alle Beachtung. Es sind folgende:

1) Die Ablösung des Periostlappens bei Amputationen ist leicht auszuführen. Die unbedeutende Verzögerung der Operation kommt heutzutage, wo wir dem Operirten Schmerzen und Blut ersparen, nicht in Betracht.

2) Der Periostlappen retrahirt sich stark aber gleichmässig, ohne Faltenbildung.

3) Der Periostlappen bleibt, ohne weiteres Zuthun, auf der Knochensägefläche ausgebreitet. Metallsuturen zu dessen Befestigung sind nicht nur überflüssig, sondern verwerflich.

4) Schon in 24 Stunden findet eine kräftige Verklebung zwischen Mark und Periostlappen statt. Erst später verschmilzt dieser mit der Knochenmasse durch Vermittlung der Haversischen Canäle. Diese frühe Verklebung zwischen Mark und Periostlappen ist von der grössten praktischen Bedeutung. Sie schützt wirksam das Mark vor dem Einfluss der eventuell um den Knochenstumpf auftretenden Eiterungen.

Die Vereinigung zwischen Knochen und Periostlappen, welche, wie gesagt, später erfolgt, ist klinisch insofern eine Vereinigung per primam, als sie ohne jede Eiterung erfolgt, sie ist aber anatomisch eine Vereinigung per secundam, insofern als sie durch Granulations-

knöpfe zu Stande kommt, welche aus den Haversischen Canälen hervorwuchern.

5) In der Zwischenzeit saugt sich das extravasirte Blut auf, es entsteht Zellenwucherung in Periost und Mark, und es erfolgt eine Ausschwitzung von Ernährungssäften, welche den Lappen über den Sägestumpf gleichmässig gespannt erhalten.

6) Wenn die Amputationswunde per primam heilt, so ist die Ossification des Marks und Lappens gering; bei Reizzuständen ossificirt in ausgedehntem Masse der Periostlappen, das Randperiost, und das Knochenmark. Es bildet sich demnach ein innerer und äusserer Callus. Ist der Reizzustand noch grösser, bilden sich speciell Abscesse über dem Periostlappen, so verwandelt sich der Lappen zuerst in Knorpel und dann erst in Knochen.

7) Ausnahmslos bildet sich im Medullarcanal ein knöcherner Pfropf, welcher die Eiteraufsaugung in's Mark verhütet.

8. u. 9) Ausser der Eiteraufsaugung verhütet oder erschwert der Periostlappen die Eiterbildung im Mark, einerseits weil der Lappen die Verknöcherung des Marks begünstigt, andererseits weil der Contact zwischen Mark und Periost weniger heterogen, weniger reizend wirkt, als der Contact zwischen Mark und Muskeln und anderen Geweben.

10) Die Eiterung zerstört nicht den Periostlappen; denn wenn diese auftritt, ist der Lappen mit dem Mark schon verklebt und ist mit demselben schon Gefässverbindungen eingegangen.

11) Das Gewebe, welches verknöchert, sei es nun das Periost direct, oder der aus demselben hervorgegangene Knorpel macht stets zuvor die Umwandlung in osteoides Gewebe durch.

12. u. 13) Der knorpelige Callus ist schon am 5. Tage fertig, und dessen Verknöcherung findet stets von der Peripherie gegen das Centrum statt, entsprechend dem Verlauf der Gefässe.

14) Der neugebildete Knochen ist wahrer Knochen der Structur nach und ist nicht wie die Osteophyten vergänglich.

15) Der neue Knochen hat eine abgerundete Gestalt und reizt nicht die umgebenden Theile.

16) Das Gesagte bezieht sich sowohl auf compacte als auch auf spongiöse Knochen.

Einer der Hauptvortheile der Periostlappen ist, wie schon erwähnt, die Verhütung der Osteomyelitis. Diese kann nach T. drei Ursachen haben. Sie kann von Infection abhängen. Man beobachtet dieselbe zuweilen epidemisch z. B. bei den Amputationen im Krimkrieg. Da die Infection in diesen Fällen wahrscheinlich durch die Hände, Instrumente, Verbandzeug etc., also höchst wahrscheinlich schon während des Actes der Operation selbst oder noch früher vermittelt wird, so kann der Periostlappen diese Form natürlich nicht verhüten. Der Lappen kann nur Das erreichen, dass der Infectionsstoff nicht nachträglich auf das Mark einwirke.

Den Hauptschutz gewährt der Lappen gegen jene 2. Form der

Osteomyelitis, welche durch Eiteraufsaugung vom Mark aus erzeugt wird.

Die 3. Form, die Osteomyelitis durch den Insult des Sägens, ist wohl selten. Auch diese wird durch den Periostlappen unwahrscheinlicher, indem der traumatische Reiz des Marks durch den adhärirenden Periostlappen wie durch einen Vorhang vom Reiz der Eiterung gesondert wird.

Von den verschiedenen Amputationsmethoden eignen sich zum Periostlappen am besten der Lappen- und der Cirkelschnitt, weniger der ovaläre und elliptische Schnitt. Der Periostlappen muss mindestens doppelt so lang sein als der grösste Durchmesser und nicht weniger breit als die halbe Peripherie des Knochens. Am Vorderarm ist es zweckmässig, zwei Periostlappen zu bilden, am Unterschenkel einen einzigen grossen aus der Tibia, welcher die Sägefläche beider Knochen (Tibia und Fibula) zudeckt. Sind die Weichtheile über dem Knochen nicht zu dick (tibia etc.), so wird der Periostlappen in Verbindung mit sämmtlichen Weichtheilen abpräparirt. Sind die Weichtheile aber sehr dick (Oberschenkel), so wird entweder ein reiner Periostlappen genommen, oder ein Periostlappen mit der unmittelbar darüberliegenden Muskelschicht.

Grosse Aufmerksamkeit muss beim Absägen verwendet werden, damit einerseits der Knochen knapp an der Basis des Lappens abgesetzt, andererseits die Basis des Lappens selbst nicht durch die Säge maltraitirt werde. **Mensel** (Triest).

W. Jefremoff. Ueber künstliche Blutleere durch elastische Binden.

(Inaug.-Diss. St. Petersburg 1874. — 66 Seiten.)

Verf. hat es versucht, auf dem Wege des Experiments an Thieren einige der noch schwebenden Fragen über die Anwendung der Esmarch'schen Methode zu lösen. Statt der gewirkten Binden bediente er sich reiner Gummibinden, weil letztere nicht so rasch erschlaffen und eine grössere Kraftäusserung ermöglichen. Um an Hunden vollständige Ischaemie der Extremitäten hervorzubringen, musste eine solche Binde mit einer Kraft von 5 Pfund, bei Pferden mit 16 Pfd. angespannt werden. Die erste Versuchsreihe (6 Hunde) wurde zur Lösung der Frage, ob bei phlegmösen Entzündungen eine Bandagirung der Extremität ohne Gefahr einer allgemeinen Infection möglich ist, verwandt. Die Entzündung wurde an den Thieren durch subcutane Injectionen von Terpentinöl hervorgebracht, nach 3 bis 4 Tagen das geschwollene und von Eiter strotzende Glied von unten aufwärts mit einer elastischen Binde umwickelt und nachdem letztere unterhalb wieder gelöst war, eine Amputation der Extremität vorgenommen. Von 6 auf diese Weise behandelten Thieren ging nur eines zu Grunde, während die übrigen, nachdem sie ein starkes Wundfieber überstan-

den, mit dem Leben davonkamen. Es folgt hieraus, dass phlegmonöse Processe keine absolute Contraindication für die Application der Esmarch'schen hämostatischen Binde abgeben. — An die vorstehenden Experimente schliesst sich eine zweite Reihe von Versuchen über Einwicklung von Extremitäten, an denen sich jauchige und gangränöse Processe vorfinden. Da es dem Verf. nicht gelingen wollte, circumscripte Gangrän an den Extremitäten von Hunden hervorzubringen, so schnürte er ein ganzes Glied oberhalb des Sprung- und des Handgelenks durch eine fest angezogene Binde ab und erreichte so nach 1 bis 2 Tagen totales Brandigwerden desselben. Nach ferneren 5 bis 6 Tagen wurde die brandige Extremität centripetal eingewickelt und dann oberhalb der Demarcationslinie amputirt. Von 6 Hunden starben 5 an Septikämie, einer kam zwar mit dem Leben davon, doch war an ihm der Versuch nicht rein ausgefallen, weil die zur Erzielung des Brandes angelegte Binde bis auf den Knochen eingeschnitten hatte und somit die jauchigen Massen nicht in die gesunden Theile hingequetscht wurden. Aus diesen Experimenten zieht Verf. den (übrigens auch ohne Thierversuche selbstverständlichen) Schluss, dass die Einwicklung einer mit einem Jaucheherde behafteten Extremität nicht zulässig sei. — Zum Ueberfluss hat Verf. noch Controllversuche über die giftige Wirkung der in den brandigen Extremitäten enthaltenen Stoffe angestellt. — Um den Einfluss, den die Einwicklung der Extremitäten auf den Blutdruck in den Arterien ausübt, zu studiren, wurde an einem Pferde und einem Hunde eine Carotis comm. eröffnet und die in dieselbe eingeführte T Röhre mit einem Manometer in Verbindung gebracht. Bei ersterem Thiere betrugen die Excursionen der Blutwelle von 50—65 Mm., bei letzterem 45—65 Mm. Nach Einwicklung einer vorderen Extremität erhöhte sich der Blutdruck bei dem Pferde um 5 Mm. (Excursionen von 55—70), bei dem Hunde um 15 Mm. (70—85). (? Ref.) Ausserdem wurde bei ersterem Thiere eine Pulsbeschleunigung von 8 Schlägen (von 40 bis 48) beobachtet. — Um die Blutmenge, die durch Application der elastischen Binde dem Organismus erhalten bleibt, zu bestimmen, schlug Verf. folgendes Verfahren ein: 2 Hunden wurde am Schenkel, resp. Oberarm eine feste circuläre Binde angelegt, dann sämmtliche Weichtheile unterhalb derselben bis auf den Knochen durchschnitten und das abfliessende Blut sorgfältig aufgefangen. Schliesslich wurde die Extremität amputirt und durch centripetales Bandagiren von dem in ihr noch enthaltenen Blute befreit. Es ergab sich, dass eine hintere Extremität aufwärts bis zur Mitte des Schenkels, bei einem absoluten Gewicht des Versuchsthieres von 9700 grm., $35^3/_4$ grm., d. h. (die Blutmenge $= ^1/_{13}$ des Körpergewichts angenommen) $^1/_{35}$ der gesammten Blutmenge enthielt. Die obere Extremität des andern Hundes (Gew. 17350 grm.) enthielt bis zur Mitte des Oberarms 26 grm., oder $^1/_{26}$ des Körpergewichts Blut (? Ref.). — Eine grössere Versuchsreihe wurde der Erörterung der Frage gewidmet, wie lange die elastische Einwicklung der Extremität vertragen wird, ohne nachhaltige pathologische Ver-

änderungen hervorzurufen, und von welchen Erscheinungen eine solche Einwicklung begleitet wird. Verf. kam zu folgenden Resultaten: die künstliche Blutleere wird von Hunden 2 bis 8 Stunden lang ertragen, ohne dass nach Entfernung der elastischen Binde gefahrdrohende Symptome eintreten sollten. Während des Anlegens der Binde geben die Thiere lebhafte Schmerzäusserungen von sich; allmälig lassen die Schmerzen nach, die Extremität wird gefühllos und kühl. Plötzliches Entfernen der Binde wird ebenfalls schmerzhaft empfunden, während allmäliges Abnehmen derselben besser vertragen wird. Ist eine Extremität mehrere Stunden lang dem Drucke ausgesetzt gewesen, so entsteht nach Sistirung desselben starke Hyperämie, bei sehr lange anhaltendem Druck (bis zu 25 Std.) sogar entzündliche Schwellung, die hauptsächlich auf der Bildung von Extravasaten beruht.

Heppner (St. Petersburg).

Paul Liebrecht. Fieber nach Transfusionen. Vorläufige Mittheilung.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 37. p. 580—581.)

Verf. hat auf Anregung von Prof. Albert die von diesem und Stricker angestellten Versuche über den Einfluss der Transfusion auf die Körpertemperatur bei Hunden 9 Mal wiederholt. Es wurden directe Transfusionen aus der Arteria cruralis in die Vena cruralis desselben Thieres ausgeführt, und die Temperaturen im Rectum gemessen, wobei die Hunde nicht gefesselt waren. 5 Mal trat kein Fieber ein; 4 Mal dagegen recht heftiges Fieber, indem die Temperatur um 1—2 Gr. und mehr stieg. »Unter diesen 4 Fällen waren 2 Thiere, an denen bereits früher je 2 Mal Transfusion ohne Fieber vorgenommen worden war«.

Bei einfacher Unterbindung der grossen Gefässe trat kein Fieber ein, dagegen sofort nach Einleitung der Transfusion.

Es kann also die Transfusion aus der Arterie in die Vene desselben Thieres Fieber erzeugen.

Zur Erklärung glaubt Verf. auf einen gesteigerten Druck in der Hohlvene und dadurch bedingte Stauung im Pfortadersystem hinweisen zu können.

A. Bidder (Mannheim).

Hjalmar Heiberg, Prof. in Christiania. Ein Fall von Panophthalmitis puerperalis bedingt durch Micrococcos.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 36. p. 561—564.)

Eine 31jährige Frau, die zum 8. Male geboren hatte, erkrankte an Puerperalfieber. 12 Tage nach der Entbindung begann am linken Auge eine Panophthalmitis sich zu bilden, die vollständig entwickelt war, als Pat. nach 4 weiteren Tagen starb.

Die am folgenden Tage angestellte Section zeigte die gewöhn-

lichen diphtheritischen Processe im Uterus; am Rande desselben längliche Eiteransammlungen, und puriform zerfallenen Inhalt der Venenplexus. Ein Abscess im rechten Eierstock. Unter dem Endocard des rechten Ventr. punktförmige Eiterherde. Am Rande der vorderen Mitralklappe eine thrombenähnliche Excrescenz und in der Umgebung grauliche diphtheritische Fleckchen etc. In der Milz gelbe Infarcte; in den Nieren zahlreiche kleine Abscesse. Ein Abscess ausserhalb des linken Schultergelenks.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte sparsame Micrococcenkolonien in der diphtheritischen Uterusschleimhaut, und in einem kleinen Gefässe des Thrombus; ferner in der Klappenvegetation und in den Nieren.

Das linke, in Müller'scher Flüssigkeit conservirte Auge zeigte die Cornea trüb, das Epithel abgestossen und das Gewebe aufgefilzt; und mehrfache Eiteransammlungen zwischen einigen Häuten und Canälen des inneren Auges.

In dem hinteren Theile der Cornea, nahe an der Descemet'schen Membran, beobachtet man zahlreiche Micrococcenkolonien. In der ausgebreiteten, mit Kali behandelten Choroidea sind kurze breite Zooglöapfröpfe zu sehen, als Inhalt der capillären Uebergangsgefässe. Auch in den Arterien der Netzhaut kann man eine Menge von Pfröpfen beobachten, welche aus Micrococcen zusammengesetzt sind. An einigen Stellen kleine Blutaustretungen. Sonst nichts Abnormes. In der Conjunctiva, der Regenbogenhaut, im Ciliarmuskel und in den Ciliarfortsätzen waren keine Micrococcen zu finden, ebensowenig innerhalb der Linsenkapsel.

Verf. glaubt nun annehmen zu müssen, »dass in diesem Fall die Embolieen von Micrococcen und deren Fortleitung und weitere Vermehrung in den Saftkanälchen der Hornhaut die Ursache der Panophthalmitis gewesen ist«.

In einigen weiteren Bemerkungen spricht sich Verf. dahin aus, dass nach seinen und Anderer Untersuchungen die »materia peccans« (das putride Gift) doch wohl in den Micrococcen gesucht werden müsse; dass Billroth in seinem neuesten Werke über Coccobacteria denselben eine allzu untergeordnete Rolle zugewiesen hat, während man andererseits den Darstellungen von Hüter und Birch-Hirschfeld — wenigstens jetzt noch nicht — auf jedem Pfade folgen könne.

(Es wäre nur zu wünschen, dass über diesen so sehr interessanten Fall bald genauere Mittheilungen nebst Abbildungen erfolgten.)

A. Bidder (Mannheim).

Zini. Fall von Fungus umbilici.

(Sitzungs-Ber. d. Vereins d. Aerzte für Steiermark 1872—73. p. 70.)

Verf. demonstrirt einen Fall von Nabelschwamm der Neugebornen, [Fungus umbilici, Sarcomphalus], in diesem Falle complicirt mit Hernia umbilicalis, und vorstellend eine konische $1^1/_2''$ lange Geschwulst,

deren untere Hälfte von entzündeter Cutis überzogen und mit Darm gefüllt ist, deren obere Hälfte eine unebene, granulirende, Eiter absondernde Fläche darbietet. — Nach den Erfahrungen des Verf.'s bildet sich der Fungus da, wo die Nekrose der Umbilicalgefässe nicht bis zum Niveau des Nabelringes geht, was besonders bei Nabelschnurresten, die dem feuchten Brande unterliegen, und da stattfindet, wo Thrombose der Gefässe des Stumpfes die Retraction hindert. So bleiben Gefässreste bis zu 5—6''' Länge stehen, die schon während der Abstossung des Nabelschnurstumpfes zu granuliren anfangen. Häufig retrahiren sich selbst grössere Wucherungen sehr rasch, andere dagegen entwickeln sich zu dem wirklichen pilzförmigen Granulationswulst des Fungus umbilici. Die Therapie dieses letzteren besteht in einfacher oder doppelter Unterbindung nach Durchstechung der Basis. **Pagenstecher** (Elberfeld).

Voillemier. L'excision d'une partie du périnée comme moyen de traiter les fistules uréthro-périnéales.

(Gaz. hebdom. 1874. 12. u. 19. Juni.)

Wenn es gelungen ist, die Strictur der Harnröhre, welche die Fistelbildung verursachte, zu dilatiren, so heilen die Fisteln trotzdem zuweilen nicht, weil sie in hartem Narbengewebe verlaufen, das zugleich die untere Wand der Urethra fixirt. V. empfiehlt für solche Fälle die Ausschneidung eines Theiles des Perineums, die er bisher in 11 Fällen mit Erfolg angewandt hat.

Er gewöhnt zuerst die Harnblase allmälig an einen bleibenden Katheter, dann operirt er folgendermassen:

Der Kranke wird narkotisirt und in die Steinschnittlage gebracht; ein Assistent hält den eingeführten elastischen Katheter und das Scrotum. Der Operateur trachtet dann durch Sondirung den Ort der Oeffnung in der Urethra zu bestimmen, und führt dann in der gespannten Haut des Perineums zwei halbelliptische Schnitte, die ein 5—6 Cm. langes und 4 Cm. breites Hautstück umgrenzen, und sich vorn an der Wurzel des Scrotum, hinten am vorderen Afterrande treffen. Von diesen Schnitten aus wird schichtweise vorsichtig in die Tiefe und schräg gegen die Medianlinie zu präparirend vorgedrungen, bis man an die Urethra gelangt, die nach Excision des Umschnittenen auf etwa 2 Cm. blossliegt. Die Fistelöffnung in derselben ist durch blasse Granulationen markirt, welche man nicht entfernt, sondern nur leicht mit Argentum nitr. ätzt. Die gut gereinigte Wunde wird dann mit trockener Charpie ausgefüllt, welche man mit einer T Binde fixirt. Dieser Verband bleibt 5—6 Tage unverrückt liegen, dann wird die Wunde täglich in gewöhnlicher Weise verbunden. Die Heilung ist meist nach einem Monate vollendet, die Narbe gewöhnlich lineär. Während dieser ganzen Zeit liegt ein elastischer Katheter in der Blase.

In 11 Fällen hat V. in dieser Weise operirt, stets mit günstigem Erfolg, nur einmal geschah die Vernarbung nicht in der erwähnten vollkommenen Weise, indem die Hautränder sich nicht vereinigten, so dass eine breite und vertiefte Narbe entstand, in deren Grund die übernarbte Wand der Urethra blosslag. Dem Aufsatze sind mehrere Krankengeschichten beigegeben. Gersuny (Wien).

Ludwig Jacobsen. Om Resection af Hofteleddet i Tilfielde af Caries og Suppuration.

Kjöbenhaven 1874. (253 pagina).

Der Verf. behandelt die Anwendung der Resection bei der cariösen und suppurativen Coxitis, erwähnt aber nicht die Resectionen, welche wegen Verwundungen des Hüftgelenks vorgenommen sind. Nach einer kurzen historischen Uebersicht giebt er uns eine Statistik der Hüftgelenkresectionen in den erwähnten Fällen. Als Basis dieser Statistik benutzt er theils die grösseren statistischen Tabellen von Fock, Eulenburg, Good und Leisrink, theils spätere casuistische Mittheilungen, meistens aus der periodischen Litteratur gesammelt, theils die in Dänemark ausgeführten und bisher nicht publicirten Hüftgelenkresectionen. Die gesammte Anzahl dieser Resectionen beträgt 250, von denen 104 oder 41,60 pr. Ct. geheilt und 146 oder 58,40 pr. Ct. gestorben sind.

Um die Hüftgelenkresection und besonders die frühzeitige Resection im Verhältniss zu andern Behandlungsmethoden beurtheilen, und ihre Indicationen begründen zu können, hat Verf. der Vergleichung wegen eine andere Statistik über suppurative und cariöse Coxitiden, die nicht resecirt sondern in anderer Weise behandelt wurden, gesammelt. Zu diesem Zwecke benutzt er die Journale der zwei grossen Civilhospitäler in Kopenhagen, des kgl. Frederiks-Hospitals und des Kommunehospitals. Er hat in einem Zeitraume, welcher sich rücksichtlich des ersten Spitals von 1844 bis zum Ausgange des Jahres 1872, und rücksichtlich des andern von der Errichtung desselben im September 1863 bis Ende des Jahres 1872 erstreckt, eine Anzahl von 100 Coxitiden mit Symptomen der Caries oder Suppuration im Hüftgelenk, welche »exspectativ« behandelt wurden, gesammelt. Indessen ist ein definitives Resultat nur von 63 dieser Fälle bekannt, die übrigen 37 sind aus dem Spitale ausgeschieden, einige mit Fisteln, andere mit noch nicht geöffneten Congestionsabscessen etc., so dass sie vom Verf. für seine Statistik nicht verwerthet werden konnten. Dagegen hat er 5 Fälle von später Resection mit aufgenommen, indem er behauptet, die Patienten seien bei der Operation in einem Zustande gewesen, wo ohne diesen Eingriff der Tod als der einzig mögliche Ausgang hätte angesehen werden müssen.

Um die exspectative Behandlung mit der frühzeitigen Resection vergleichen zu können, hat der Verf. ferner aus der erwähnten Resec-

tionsstatistik (250 Fälle) die Resectionen weggelassen, die absolut als Resectiones necessitatis betrachtet werden müssen (63 Fälle, wovon 18 geheilt und 65 gestorben sind), und behält demnach zur Vergleichung 167 resecirte Patienten.

Als Resultat ergiebt sich: von 63 exspectativ Behandelten 17 oder 26,98 p. Ct. geheilt und 46 oder 73,02 p. Ct. gestorben. — Von 167 mit Resection behandelten Patienten 86 oder 51,49 p. Ct. geheilt und 81 oder 48,51 p. Ct. gestorben.

Es erhellt auf diese Weise der Vorrang der Resection vor allen andern Behandlungsmethoden zusammengenommen; dieselbe verträgt aber auch eine speciellere Vergleichung. Rechnet man zu der modernen Behandlung brisement forcé, immobile Bandagen, Gewichtsextension und antiseptische Behandlung der Abscesse, so sind von den erwähnten 63 Fällen 22 nach neueren Principien behandelt worden; von diesen wurden 3 oder 13,64 pr. Ct. geheilt, und 19 oder 86,36 pr. Ct. starben; von den übrigen 41 nach älteren Principien behandelten wurden 14 oder 34,15 pr. Ct. geheilt und 27 oder 65,85 pr. Ct. starben*).

Das Resultat des Verf. ist, dass die Resection in allen Fällen von suppurativen und cariösen Coxiten indicirt ist, und dass die Indication eintritt, sobald diese Complicationen sicher diagnosticirt sind, wogegen die exspectative Behandlung nur für die protrahirten Formen ohne Fieber und ohne vorwaltend destructiven Charakter geeignet erscheint.

Nachdem die verschiedenen Operations- und Nachbehandlungsmethoden erwähnt worden sind, giebt der Verf. eine ausführliche Casuistik über die Fälle, welche in Dänemark von Juli 1869 bis Ende 1873 resecirt worden sind. 7 Mal ist der Tod der Ausgang gewesen, ein Patient ist geheilt, ein anderer ist noch nicht geheilt, die Chancen sind aber günstig.

Panum (Kopenhagen).

Edward Bennett. Examples of true ankylosis of the Hip-joint.

(The Dublin Journ. of med. sciences 1874. June. p. 1.)

Verf. beschreibt und bespricht mehrere Präparate von knöcherner Ankylose im Hüftgelenk, deren getreue photographische Abbildungen beigefügt sind.

Das I. Präparat rührt wahrscheinlich von einer Schussfractur des Schenkelhalses her. Der Schaft ist nach rückwärts und aufwärts gerückt und nach aussen rotirt. Der Schenkelhals setzt sich im rechten Winkel daran und ist direct nach hinten gerichtet.

Die Gegend des Schenkelhalses ist verdickt und zeigt hinten 1, vorn 2 kleine Löcher. Alle 3 communiciren mit einer centralen Höhle,

*) Der Verf. operirt hier, wie man leicht sieht, mit allzu kleinen Zahlen. Ref.

in welcher Verf. Reste eines unlöslichen Bleisalzes nachweisen konnte. Die Verbindung mit dem Acetabulum ist sehr solide, so dass wohl angenommen werden darf, Pat. habe, nach der definitiven Ausheilung, sein Bein noch lange Zeit gebrauchen können.

Das Präparat entstammt einem Dorfkirchhofe aus der Nähe Dublin's. Notizen über den früheren Eigenthümer des Beines fehlen vollkommen. Gleichwohl hält sich Verf. nach dem anatomischen Befunde zu dem forensisch interessanten Schlusse berechtigt:

Der Träger des betr. Beines wurde als erwachsener Mann lange Zeit vor seinem Tode von hinten her von einer Kugel getroffen. Dieselbe zerschmetterte den Schenkelhals und erzeugte Splitterungen, die einerseits nach dem Gelenke, andererseits nach dem oberen Drittel des Schaftes reichten. Im Knochen hatte sich die Kugel getheilt und in zwei Hälften denselben verlassen.

Ein zweites Präparat ist das einer knöchernen Ankylose des oberen Abschnittes des Gelenkkopfes, mit welchem der Schenkelhals in falschem Gelenk articulirt. Da auch hier jede Notiz fehlt, so ist es zweifelhaft, ob es sich in diesem Falle um eine pseudarthrodisch geheilte intracapsuläre Schenkelhalsfractur mit consecutiver Ankylose, oder um eine Fractur nach bestehender Ankylose handelt. Verf. entscheidet sich nach einer längeren Deduction für das letztere, da die Linie der Pseudarthrose eine andere sei als die, welche man nach intra- und extracapsulären Fracturen beobachte.

Ein ganz gleiches in Sandifort's Museum anatomicum abgebildetes Präparat will Verf. ebenso interpretirt wissen.

Die übrigen 7 Ankylosen waren in Folge von Caries entstanden. Sie zeigen die bekannten Wanderungen der Pfanne, bei welchen der Schenkelkopf bald mehr nach oben, bald mehr nach hinten gerückt und knöchern fixirt ist. — Bemerkenswerth ist das letzte Präparat, welches bereits im März 1872 beschrieben wurde (The Transactions of the path. Society of Dublin). Es stammt von einem 60j. Manne, welcher, nach dem ganzen Aussehen des Beines und Fusses, lange Zeit mit seiner ankylosirten Hüfte gegangen war.

Die genaue Section des Hüftgelenks zeigte, dass der Femur die untere Partie des Acetabulum und den anliegenden Abschnitt des Foram. obtur. durchbohrt hatte und hier knöchern fixirt stand. Der Gelenkkopf bildete im Beckenraum einen Tumor von einem Zoll Höhe. Der untere Abschnitt des Foram. obtur. war frei. Osteophyten bedeckten den Schenkelhals und die leere Hälfte des Acetabulums.

Lossen (Heidelberg).

Žižek. Therapie der Gonitis.

(Sitzungs-Ber. d. Vereins d. Aerzte für Steiermark 1872—73. p. 9.)

Nach kurzer Erwähnung der gewöhnlichen Behandlungsmethode räth Verf., sowie das Exsudat nachgewiesen ist, zum Aussaugen mittelst des Instrumentes von Dieulafoy zu schreiten. Nach der

Aspiration Anlegung eines Compressivverbandes mit nassen Binden, am folgenden Tage nöthigenfalls Wiederholung der Procedur. Gewöhnlich kommt man bei acuten, nicht eitrigen Ergüssen mit einer Aspiration aus.

Die Methode schafft gute Erfolge in kürzester Zeit, ist gefahrlos und lässt keinen consecutiven Tumor albus aufkommen. Besonders werthvoll ist sie bei Kindern, indem durch dieselbe Verkürzung der Extremität und Verkrümmungen der Wirbelsäule vermieden werden. Nach der Entlastung des Gelenkes wird der constante Strom angewandt, entweder schwach in labiler Form, oder auch stark, um electrolytische Wirkung hervorzurufen.

Selbstverständlich sind durch die Bevorzugung und weitere Ausdehnung dieser Heilmethode die festen Verbände nur eingeschränkt, nicht verbannt.

Pagenstecher (Elberfeld).

M. Béhier. La transfusion du sang.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 31.)

B. machte bei einer durch Uterinblutung äusserst anämisch gewordenen jungen Frau die directe Transfusion mit vollständigem Erfolge. B. bedient sich bei der Transfusion des Apparates von Moncoq (Gazette des hôpitaux vom 23. August 1862), der von Mathieu modificirt und vervollkommnet ist. Der ursprüngliche Apparat von Moncoq besteht aus einem Pumpwerk, an dem der Stempel die Systole und Diastole des Herzens nachahmt; an der Basis des Stempels sind 2 Caoutchoucröhren, welche in 2 Kanülen endigen. Die eine Kanüle ist für die Vene des Blut gebenden, die andere für die Vene des Blut empfangenden Individuums bestimmt. Diesen Apparat hat Mathieu in der Weise modificirt, dass es unnöthig ist, in die Vene des Blut spendenden Individuums eine Kanüle einzuführen, was wegen der Möglichkeit einer Phlebitis besonders gefährlich sei. Deshalb hat M. den Moncoq'schen Apparat mit einem Trichter versehen, in dem das Blut beim Aderlass aufgefangen wird. (Bezüglich der näheren Beschreibung cf. Centralbl. f. Chir. No. 22, Bouley, Nouvel appareil etc.) B. hat bei seiner Kranken mit diesem Apparate nur 80 grm. nicht defibrinirten Blutes eingespritzt und einen vollständigen Erfolg erzielt. Interessant ist die nach der Methode von Malassez (cf. Centralblatt für Chirurgie No. 3 p. 37) unmittelbar vor und nach der Transfusion vorgenommene Zählung der rothen Blutkörperchen, aus welcher hervorgeht, dass sofort nach der Operation eine beträchtliche Zunahme des Gehaltes an Körperchen eintrat, so dass bereits am folgenden Tage die Zahl auf das Doppelte gestiegen war. Dann nahm der Gehalt an rothen Blutkörperchen infolge eines intensiven, 1 Tag anhaltenden Fiebers rasch ab, um sich in den folgenden Tagen aufs Neue zu vermehren. Nach etwa 4 Wochen wurde die letzte Untersuchung vorgenommen; die Zahl der rothen Blutkörperchen betrug fast das Dreifache im Vergleich zu jener unmittelbar vor der Transfusion.

Tillmanns (Leipzig).

Lauenstein. Ueber das Vorkommen von Echinococcus in der Mamma.

(Inaug.-Diss. Göttingen. 1874. 18 Seiten.)

Eine 48 Jahre alte, seit dem 20. Jahre verheirathete Frau, Mutter von 9 Kindern, hatte vom 36.—44. Jahre eine ca. taubeneigrosse, schmerzlose, harte Geschwulst in der oberen Partie der rechten Mamma. Vom 44.—47. Jahre wuchs die Geschwulst enorm; ihre früher platte Oberfläche wurde knollig; Fluctuation deutlich. Nach spontanem Aufbruch an zwei Stellen entleerte sich im Strahle eine ziemliche Menge klarer Flüssigkeit, welcher 60 Tochterblasen, von denen 30 taubenei- bis haselnussgross, nachfolgten. Die Höhle war nach ungefähr einem Vierteljahr, nachdem sich noch mehr Blasen entleert, zugeheilt. Patientin ist seitdem ganz gesund.

Die Lactation war früher nie beeinträchtigt; nur secernirte die rechte Brust weniger, als die linke. Später fand sich am untern Rande des pectoralis major eine glatte, harte, wallnussgrosse Geschwulst, deren Natur Verf. im Zweifel lässt. — Die mikroskopische Untersuchung ergab grosse Mengen von Echinococcen-Scolices. Das Fehlen einer Mutterblase erklärte sich durch das Verkleben derselben mit dem Bindegewebsbalg der Umgebung während des Entzündungsprocesses vor dem Aufbruch der Geschwulst. Als charakteristisch betont Verf. das lange Stationärbleiben des Tumor mit darauf folgendem raschem Wachsthum.

An die Erzählung dieses neuen seltnen Falles reiht Verf. eine kurze Zusammenstellung der ihm aus der Litteratur bekannt gewordenen ähnlichen Fälle — im Ganzen 11 —, welche von grossem Interesse und im Original nachzulesen sind. **Leopold** (Leipzig).

Picot. Recherches expérimentales sur l'action de l'eau injectée dans les veines au point de vue de la pathogénie de l'urémie.

(Comptes rendus T. LXXIX. 1874. p. 62—65.)

Nach Injection grosser Wassermengen (bis zu $^1/_5$ des Körpergew.) in eine Vene gingen die Versuchsthiere (Hunde und Kaninchen) ohne jede urämische Erscheinung zu Grunde und zwar, wie die Section erwies, durch acute Hämorrhagieen, die am auffälligsten in der Bauchhöhle sich vorfanden. Wurde nach der Injection eine Blutprobe mikroskopisch untersucht, so sah man eine grosse Anzahl rother Blutzellen in Stern- oder Stechapfelform. Ausserdem zeigten die Blutkörperchen nirgends mehr die geldrollenartige Anordnung. Die durch die Ueberladung des Blutes mit Wasser veränderten und zum Theil zerstörten Blutzellen büssen ihre Fähigkeit, den Gaswechsel zu vermitteln, mehr oder weniger ein, was daraus hervorgeht, dass Thiere, denen die Injection in die Jugularis gemacht war, am schnellsten unter den Erscheinungen einer acuten Athmungsinsufficienz zu Grunde gingen,

viel schneller, als bei Injection in eine Extremitätenvene. P. ist nach seinen Versuchen nicht in der Lage, die Traube'sche Theorie der Urämie, wonach die Hydrämie im Verein mit der erhöhten Spannung im Aortensystem zu Gehirnödem mit consecutiver Hirnanämie, und infolge letzterer zu Convulsionen Anlass geben sollte, als begründet zu erachten. (Indessen hatte P. seinen Versuchsthieren die Ureteren nicht unterbunden, und es ist wohl möglich, dass aus diesem Grunde die durch die Wasserinjectionen erzeugte Hydrämie und erhöhte Arterienspannung eine nur vorübergehende gewesen ist, und deswegen, wie schon bekannt, nicht zur Urämie geführt hat. Ref.)

J. Munk (Strassburg i/E.)

Kleinere Mittheilungen.

Lantier. Empoisonnement par la belladonne.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 65.)

Bei einer 50jährigen Frau traten in Folge des Gebrauchs von Suppositorien, welche sie mehrere Tage anwandte, drohende Erscheinungen einer Belladonna-Vergiftung auf. Pat. wurde durch subcutane Injection von Morph. sulph. vollständig geheilt. **Tillmanns** (Leipzig).

Tickles. Death from chloroform (Leeds general infirmary).

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 1. p. 119.)

Behufs einer Fingeramputation wurde ein 48jähriger starker Mann (als Trunkenbold bekannt) in gewöhnlicher Weise chloroformirt. Nach 2 Drachmen und Eintritt völliger Narkose plötzliche Cyanose, die Respiration hörte auf und der Radialpuls verschwand. Eine Stunde lang wurde künstliche Respiration angewandt, zugleich mit kalten Uebergiessungen, Galvanisirung des Herzens und des Diaphragma. 20 Minuten lang nach der Katastrophe wurden noch Herztöne gehört. Die Section ergab einige Congestion in den Lungen, ein $12^1/_2$ Unzen wiegendes, schlaffes, mässig erweitertes Herz mit gesundem Klappenapparat. **Ranke** (Halle).

Brecht. Ueber Peritomie der Hornhaut.

(Gräfe's Archiv Bd. XX. Abth. I.)

Verf. stellt ausser den von v. Gräfe angegebenen noch folgende Indicationen für die Abtragung eines ringförmigen Conjunctivalstreifens, eventuell mit nachfolgender Scarification auf: 1) häufig recidivirende Hornhautinfiltrate, sobald sie irgend Gefässe zeigen. 2) Sehr hartnäckige, circumscripte Keratitiden mit ausgesprochener Vascularisation, die bei längerem Bestehen die Bildung solidarer Trübungen befürchten lassen.

Die beigefügten Krankengeschichten zeigen, dass die Operation immer erst nach längerer erfolgloser Anwendung der sonst gebräuchlichen Mittel und dann stets mit prompter Wirkung gemacht wurde.

Verf. verweist zur Erklärung der Wirkung auf die Cohnheim'schen Untersuchungen, nach denen die Conjunctivalgefässe ganz allein als Quelle für die specifischen entzündlichen Veränderungen der Hornhaut anzusehen sind und analogisirt das Verfahren mit der von Nussbaum angegebenen Umschneidung schwer heilender Fussgeschwüre. **Fraenkel** (Chemnitz).

Maunder. Tumour of lateral portions of the lower jaw removed without external wound.

(Med. tim. and gaz. 1874. July 4. u. July 11.)

M. berichtet zwei Fälle von Unterkiefertumoren, in denen er bedeutende Stücke aus der ganzen Dicke des Unterkiefers vom Munde aus entfernt hat.

1) Am 9. März 1870 wurde bei einem 10jährigen Mädchen der Unterkiefer vom rechten Eckzahn bis zur Mitte des linken aufsteigenden Astes entfernt. Die anfänglich geringe Deformität hat in den 4 Jahren bedeutend zugenommen; das Kauen ist nicht behindert.

2) Bei einer 35jährigen Frau wurde das 2. Recidiv einer Epulide in gleicher Weise entfernt. Die Resection erstreckte sich vom hinteren Bicuspis rechts bis zur Mitte des aufsteigenden Astes derselben Seite. **Ranke** (Halle).

Ed. Schwartz (Maison municipale de santé). Ulcération de la carotide interne consécutive à une nécrose du maxillaire inférieur.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 53.)

Ein 61jähriger, sonst gesunder Mann litt häufig an Zahnschmerzen, vorzugsweise rechts. Besonders vor 6 Monaten waren die Schmerzen sehr heftig und seit dieser Zeit zeigte sich in der Gegend des Unterkieferwinkels eine kleine weiche, fluctuirende Geschwulst, die allmälig wuchs. Innerhalb 15 Tagen wird die Geschwulst 4mal punctirt und eine gelbbraune Flüssigkeit entleert. Vor einem Monat öffnete sich der Tumor spontan in die Mundhöhle und seit dieser Zeit entleeren sich continuirlich so beträchtliche, stark stinkende gelblichbraune Eitermassen, dass Pat. befürchtet, Nachts im Schlafe zu ersticken. Bei der Untersuchung des Pat. findet Démarquay ausser der Geschwulst am Kieferwinkel Caries der beiden ersten rechten Backzähne, in ihrer Gegend eine Fistelöffnung, durch welche die Sonde auf den nekrotischen Knochen des Unterkiefers kommt. Kein beweglicher Sequester. Diagnose: Abscess mit Nekrose des Unterkiefers, wahrscheinlich in Folge von Zahncaries. Fistel wird mit dem Messer gespalten. Desinficirende Gargarismen. — In den nächsten Tagen bildet sich Lähmung des nerv. mentalis aus. Am 11. Tage nach der Aufnahme beträchtliche Hämorrhagie (etwa 1000 gr. rothes, schaumiges Blut) die durch Eis und liq. ferri sesquichlor. gestillt wird. Am folgenden Abend wieder eine so colossale Blutung, dass Pat. innerhalb 5 Minuten stirbt. Die Section ergiebt eine hühnereigrosse, mit Blutgerinnseln erfüllte Höhle zwischen musc. sterno-cleido-mastoid., Parotis, Kiefer und Mundschleimhaut; in der Gegend der beiden ersten Backzähne eine Fistelöffnung; ausserdem findet sich Caries und Nekrose des Unterkiefers, in der art. carotis int. eine kleine Oeffnung, welche direct mit der Abscesshöhle communicirt. **Tillmanns** (Leipzig).

Wagstaffe. Double cancer of male breast. (St. Thomas Hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 1. p. 119.)

Ein 61jähriger, gut genährter Mann wurde am 20. März c. mit doppelseitigem Brustcarcinom aufgenommen. In der linken Brust bestand ein Knoten seit $1^1/_2$ Jahr, und war seit 7 Monaten schmerzhaft geworden. Seit 3 Monaten war der schmerzlose Knoten in der rechten Brust bemerkt. Links war die Geschwulst mit der Haut verwachsen, die Mamilla eingezogen; auf keiner Seite konnten inficirte Achseldrüsen constatirt werden. Am 25. März Amputation beider Brüste, rasche Heilung. Bis zum 22. Mai kein Recidiv. **Ranke** (Halle).

James R. Jackson. Case of Lipoma weighing 29 pounds. Excision. Successful result.

(The Indian med. Gazette 1874. No. 5. p. 131.)

Die 29 engl. Pfd. schwere Fettgeschwulst hing dem sehr schlecht genährten 50j. Patienten an einem Stiele von 8 Zoll Länge und 18 Zoll Umfang vom Nacken herunter. Er trug sie mit vorgebeugtem Körper so, wie man eine Last auf dem Rücken trägt. Beim Geradestehen reichte sie bis ans os sacrum herab. Bei ihrer Entfernung bildete der Operateur einen Lappen aus dem innern Theil des Stieles, um den grossen Hautdefect zu decken. **A. Burger** (London).

Tassal. An Entozoon in the Eye.

(The Australian med. Journal 1874. Febr.)

T. zeigte in einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte von Victoria einen weissen Parasiten von $1^1/_2''$ Länge und von der Dicke von Zwirn vor, den er nach

einer Incision unter der Conjunctiva bulbi eines Mannes herausgenommen hatte. Vor der Herausnahme konnte er die Bewegungen des Wurmes unter der Conjunct. beobachten. Er fügt hinzu, dass er nirgends eine Beschreibung des Parasiten, der am meisten dem Trichocephalus dispar gliche, gefunden habe.

A. Burger (London).

M. Balzer. Deux observations de compression de la trachée par des tumeurs du corps thyroïde.

(Gaz. des hôpitaux 1874 No. 14 und 15.)

B. beobachtete 2mal Compression der Trachea in Folge von Tumoren der Schilddrüse. In beiden Fällen wurde wegen hochgradigen Erstickungsanfällen tracheotomirt, beide Patienten starben, der eine 3 Tage, der andere einige Stunden nach der Operation. In dem einen Falle handelte es sich um ein Epitheliom der glandul. thyreoid., des oesophagus und der Trachea. Bei dem anderen Kranken fand sich ein birnförmiger Tumor, welcher oben durch einen Stiel mit dem hinteren Theil des Schilddrüsenkörpers zusammenhing und nach unten bis zum linken Bronchus reichte. Die Luftröhre war an verschiedenen Stellen abgeplattet. Bei der Incision erwies sich der Tumor als eine mit blutig-eitrigem Inhalt erfüllte Cyste (?). Verf. rechnet die Geschwulst zu jenen Bildungen, die Chassaignac bekanntlich tumeurs thyroïdiennes plongeantes genannt und die u. A. auch Billroth beschrieben hat.

Tillmanns (Leipzig).

A. Amussat. Traitement des kystes séro-sanguins du cou par l'électricité.

(Bulletin général de thérapeutique 1874 Vol. 85. p. 321.)

Verf. behandelte zwei Fälle von blutig-serösen Halscysten statt mit den üblichen Methoden wie Incision, Excision, Punction etc., den einen durch Ausbrennen der Cystenwandung mittelst des galvanocaustischen Glühdrahtes, den Andern durch wiederholte (45 Mal) Electropunctur.

In beiden Fällen wurde vollständige Heilung erzielt.

Girard (Strassburg i/E.)

Walter Smith: Encysted Hydrocele of the Testicle.

(The Dublin journal of med. sciences 1874 July p. 94.)

Verf. fand bei der Section eines an doppelseitiger Pyelitis gestorbenen 75j. Mannes oberhalb des rechten Hodens eine hühnereigrosse Cyste, welche vollkommen frei im Gewebe lag und nur an einer Stelle mit dem Hoden zusammenhing. Der flüssige Inhalt war mit Spermatozoën vermischt, welche, wenn die Flüssigkeit eine Zeit lang ruhig stand, einen dicken Bodensatz bildeten. Cholestearin wurde nicht gefunden. Verf. glaubt die Cyste sei von der Epididymis ausgegangen.

Lossen (Heidelberg).

Walter Atlee. Solid Galactocele.

(The americ. Quart. Journal of med. sciences 1874 April p. 418.)

In dem »College of Physicians of Philadelphia« demonstrirte Verf. eine kinderfaustgrosse Geschwulst, von der Consistenz eines ziemlich harten Glaserkittes, welche er einer 28j. Frau an der äusseren Seite der rechten Brustdrüse exstirpirt hatte. Sie bestand seit 3 Jahren und war sehr langsam gewachsen; etwas rascher nur schritt das Wachsthum vorwärts als Pat. ihr inzwischen geborenes Kind abgewöhnt hatte. Die pathol.-anat. und chemische Untersuchung ergab, dass es sich hier um eine jener seltenen Retentionscysten handelte, welche Velpean mit dem Namen »solide Galactocele« bezeichnet hat.

Lossen (Heidelberg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 24. Sonnabend, den 12. September. 1874.

Ueber die forcirte Taxis bei Brucheinklemmungen.

Von
Dr. Max Schede,
Privatdocent der Chirurgie und Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu Halle a/S.

Bei weitem die meisten der neueren Arbeiten über die Behandlung eingeklemmter Hernien sind einstimmig in der Verwerfung energischer, lange fortgesetzter oder gar noch nach längerer Dauer der Incarceration unternommener Taxisversuche, und betonen die Nothwendigkeit der frühzeitigen Operation; die wenigen Stimmen, welche sich hier und da erhoben und die allgemeine Gültigkeit dieses Axioms anzuzweifeln gewagt haben, sind ungehört und unberücksichtigt in dem allgemeinen Enthusiasmus für ein rasches operatives Einschreiten verhallt.

Meine eigenen Erfahrungen über eingeklemmte Brüche, welche

ich theils als Assistent der hallischen Klinik, theils in meiner Privatpraxis zu machen Gelegenheit hatte, haben mich indessen den Werth einer kräftigen Taxis bei verständiger Auswahl der Fälle von einer ganz andern Seite kennen gelehrt, und haben in mir die Ueberzeugung wachgerufen, dass diese Behandlungsweise gegenwärtig gerade von den Chirurgen von Fach viel zu sehr vernachlässigt und viel zu rasch und leicht durch die weit gefährlichere Operation ersetzt wird.

Wenn auch Thiry (S. V.-H. Jahresbericht 1870) gewiss viel zu weit gegangen ist, wenn er in der belgischen Akademie die Behauptung aufstellte, man könne mit der Taxis immer zum Ziele kommen, wenn man nur wolle, so ist es doch allerdings meine Ueberzeugung, dass frische Einklemmungen nur mit ausserordentlich seltnen Ausnahmen einer richtig ausgeführten Taxis Widerstand leisten und dass ein sehr grosser Theil der länger bestehenden ebenfalls ohne Operation zu beseitigen sein dürfte, nämlich diejenigen, bei welchen noch keine Symptome schwererer Entzündung oder beginnender Gangrän, namentlich kein Oedem der Hautdecken über dem Bruch, eingetreten sind. Zur näheren Begründung meiner Ansicht sei es mir gestattet, in Folgendem eine kurze Uebersicht über die vom 1. April 1868 bis 1. August 1874 von mir beobachteten Fälle von incarcerirten Hernien und die fast ausschliesslich von mir persönlich ausgeführten Repositionen zu geben.

Es kamen im Ganzen zur Behandlung 51 Fälle von eingeklemmten Leisten- und Schenkelbrüchen (die incarc. Nabelhernien lasse ich unberücksichtigt, da sie sowohl in Bezug auf die Reposition als auf die Operation ganz abweichende Verhältnisse bieten) und zwar 28 Leistenhernien (20 M. 8 W.) und 23 Schenkelhernien (2 M. 21 W.).

Von diesen wurden reponirt:	41	mit 1 Todesfall	(Reposition en masse),
» » » operirt:	10	» 5 Todesfällen	
Sa.	51	mit 6 Todten.	

Was die Dauer der Strangulation betrifft, so betrug dieselbe in den Fällen, in welchen die Reposition mit gutem Erfolg ausgeführt wurde:

Unter 12 Stunden	14 Mal
12—24 »	11 »
Bis zu 2 Tagen	7 »
» » 3 »	7 »
» » 6 »	1 »
	Sa. 40.

Der durch Reposition en masse tödtlich abgelaufene Fall betraf eine linksseitige Leistenhernie bei einem 55jähr. sehr schwächlichen Arbeiter, welche sich 40 Stunden vor dessen Aufnahme in die Klinik eingeklemmt hatte. Ich komme unten darauf zurück.

Die 10 Herniotomieen vertheilen sich auf:

6 Inguinalhernien (5 M. 1 W.)	mit 4 Todten	(M.)
4 Femoralhernien (W.)	» 1	»

und betrug die Dauer der Incarceration

2 Mal	bis zu 2 Tagen	(1 geh.,	1 gest.)
2 »	» » 3 »	(—	2 gest.)
1 »	» » 4 »	(1 geh.,	—)
2 »	» » 5 »	(2 geh.,	—)
3 »	unbekannt	(1 geh.,	2 gest.).

Von den tödtlich abgelaufenen Fällen waren 3 geradezu in extremis in die Behandlung eingetreten. Einer starb während der Operation, die beiden anderen überlebten sie nur wenige Stunden. Einer, bei welchem ein grosses Stück Netz brandig geworden, starb am folgenden Tage. Bei dem 5., dessen Krankengeschichte ich unten ausführlicher mittheilen werde, hatte die Operation die Einklemmung nicht gehoben, da vorher auswärts eine Reposition en masse geschaffen war. Er starb an allgemeiner Peritonitis bei ausgedehnter Gangrän des eingeklemmten Darmes und des Scrotum am 5. Tage.

Von den glücklich abgelaufenen Operationsfällen hätte bei zweien eine energischere Taxis wahrscheinlich noch zum Ziele geführt. Die 3 übrigen waren durch Gangrän des Netzes und des Darmes absolut indicirt.

Ein Blick auf die soeben gegebenen Zahlen lässt sofort eine ungewöhnlich niedrige Procentziffer der überhaupt Gestorbenen erkennen, nämlich 11,8%; wogegen eine Zusammenstellung der grösseren Hospitalberichte, welche in den Jahresberichten von Virchow-Hirsch von 1866—72 referirt sind, und welche ebenfalls nicht nur die vorgekommenen Operationen, sondern die sämmtlichen in Behandlung genommenen incarcerirten Hernien berücksichtigen (Plum, Werner, Wimmer, Heiberg) eine Totalsumme von 786 Fällen mit 189 Todten, also 24% Mortalität, ergiebt. Der Unterschied würde noch weit frappanter sein, wenn man an den 3 moribund oder fast moribund in die Klinik gebrachten Patienten die so gut wie hoffnungslose Operation nicht mehr vorgenommen hätte. Leider ist es nicht möglich, eine genaue Berechnung der Gesammtresultate derjenigen Chirurgen aufzustellen, welche principiell frühzeitig operiren, also etwa nach Gosselin (V.-H. 1870) bei Schenkelbrüchen nach 12—24, bei Leistenbrüchen nach 24—48 Stunden überhaupt keinen Repositionsversuch mehr machen, oder gar mit Birkett (V.-H. 1868) die Taxis nur »vor dem Eintritt des Kothbrechens, also meist nur innerhalb der ersten 12 Stunden« für erlaubt ansehen. Es würde sich aber schwerlich eine geringere Mortalität ergeben. Nach den Grundsätzen der letztgenannten Autoren hätten wir die Zahl unserer Operationen um 26 vermehren müssen, und hätten dann wahrscheinlich nicht 6, sondern, nach den Gesammtresultaten der in den letzten Jahren (1866—72) veröffentlichten Herniotomieen, 14 Todesfälle zu beklagen gehabt. Jene ergaben nämlich (nach Weglassung einer Reihe von Einzelbeobachtungen) 1350 Operationen mit 530 Todesfällen = 39% Mortalität, während eine ältere Zusammenstellung von Marc Girard sogar 52% Todte aufweist (1525 Operationen mit 794 Todesfällen).

Es mag nun allerdings zuzugeben sein, dass die hallischen Localverhältnisse für eine besonders erfolgreiche Behandlung eingeklemmter Hernien ungewöhnlich günstige Chancen bieten. Die ärmere Bevölkerung der Stadt selbst, seit vielen Jahren daran gewöhnt, in der Klinik Hülfe zu suchen und rasch zu finden, und von hinreichender Intelligenz, um die Gefahr langen Zögerns bei incarcerirten Hernien zu würdigen, pflegt in der Regel nicht viel Zeit mit unnützem Zuwarten zu verlieren, und die zahlreichen Verkehrswege, die Halle von allen Seiten rasch erreichen lassen, sichern den Bewohnern der Umgegend fast denselben Vortheil. So sind die volle Hälfte von allen, 25, innerhalb der ersten 24 Stunden in die Behandlung getreten, und bei allen diesen wurde durch die unverzüglich ausgeführte Taxis die Gefahr rasch beseitigt. Immerhin bleiben aber noch eine ganze Reihe von Fällen übrig, in denen von andern Chirurgen bestimmt sofort zur Operation geschritten sein würde, und wie man nach dem oben Gesagten annehmen darf, mit bedeutend ungünstigerem Erfolge, da auch die Chancen der Operation mit der längeren Dauer der Einklemmung in rascher Progression abnehmen.

Es war nämlich von den restirenden 16 Kranken, welche erst im Laufe des 2. bis 6. Tages in meine Behandlung traten, nur ein einziger bis dahin ohne ärztliche Behandlung geblieben. Bei allen andern waren schon vorher von andern Aerzten zum Theil recht energische Repositionsversuche mit oder ohne Chloroform gemacht worden, ja zu einer ganzen Reihe von ihnen wurde ich nur zur Ausführung der Operation zugezogen, da jeder weitere Versuch der Taxis unnütz und gefährlich schien. Trotzdem gelang mir die Reposition noch 15 Mal meist ohne besondere Mühe, während allerdings ein Fall, wie schon erwähnt, durch Reposition en masse tödtlich ablief.

Den Grund meiner glücklicheren Erfolge glaube ich grossentheils darin suchen zu müssen, dass ich mich nicht scheue, die Taxisversuche mit erheblich grösserer Kraft und Energie auszuführen, als sie die meisten Collegen anzuwenden wagen. Freilich gehört dazu, dass man sich vorher ein möglichst genaues Urtheil über den Zustand verschafft, in welchem der Darm sich befindet, um nicht grossen Schaden anzurichten. Hat die Strangulation an Darm oder Netz schon zu Gangrän geführt, so habe ich noch niemals zum mindesten eine teigige, ödematöse Schwellung der Hautdecken über der Bruchgeschwulst fehlen sehen. Eben so verdächtig ist ein Gefühl von Fluctuation, welches auf eine reichliche Ansammlung von Bruchwasser schliessen lässt. Obwohl dieses Symptom unter Umständen wohl auch einmal unschuldigeren Charakters sein mag, so muss es doch immer die Wahrscheinlichkeit einer ungewöhnlich starken Blutstauung und in Folge dessen einer starken serösen Durchtränkung und grösseren Zerreisslichkeit des Darmes nahe legen. In solchen Fällen und ebenso bei vorhandener fibrinöser Exsudation würde ich überhaupt nicht den leisesten Versuch der Taxis wagen, sondern sofort zum Messer greifen.

Sind hingegen die Hautdecken noch von normaler Beschaffenheit,

ist die Bruchgeschwulst nicht gerade abnorm empfindlich, ist kein Exsudatknarren nachweisbar, fühlt sich der Bruch selbst ganz hart oder sehr fest elastisch an (besonders kleinere Schenkelbrüche), so darf man wohl stets darauf rechnen, dass die Resistenzfähigkeit der Darmwandungen noch eine genügende sei, um ohne Schaden eine energische Taxis zu gestatten.

(Schluss folgt in No. 25.)

Hirschfeld, Oberstabsarzt. Ueber die Wirkungen des Chassepotgewehrs in sehr grosser Nähe, erläutert durch einen Fall von Schussverletzung des Oberschenkels aus einer Entfernung von einem Fuss.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1874. Hft. 3.)

Ein Sergeant erlitt durch einen Chassepotcarabiner aus 1′ Entfernung eine Schussfractur des rechten Oberschenkels im mittleren Drittel. Die Kugel fand sich in 3 unregelmässig geformten Fragmenten zum Theil in der Schwelle der Eingangsthür, zum Theil auf dem Boden des Zimmers zerstreut; ein Rest von 5,5 grm., welcher an dem Vollgewicht der Kugel (25,0 grm.) fehlte, war nicht aufzufinden. Groschengrosse, runde Eingangsöffnung, thalergrosse, ziemlich stark blutende Ausschussöffnung, mit matschigem Muskelgewebe und kleinen Knochenpartikelchen erfüllt; A. femoralis unverletzt. Conservative Behandlung. Tod am 5. Tage unter septikämischen Erscheinungen. — Bei der Section fand man eine ganz erstaunliche Zertrümmerung des Oberschenkelknochens in einer Ausdehnung von etwa 3 Zoll; etwa 30 Knochensplitter von verschiedener Form und Grösse liegen theils ganz lose im Muskelgewebe, theils hängen sie durch Beinhautfetzen mit den Knochenstümpfen zusammen und lassen sich ohne die geringste Schwierigkeit herausnehmen. Die grössten Splitter haben eine Länge von 6—7 Cm., die meisten variiren zwischen 3—5 Cm. Das Muskelfleisch in der Umgebung des Schusskanals war in grosser Ausdehnung von einem förmlichen Knochengrus feinster Partikelchen imbibirt und fühlte sich so an, wie wenn man die Hand in einen Sandhaufen steckt. Die beiden Knochenenden ragten mit spitzen Zacken in die Muskeln.

Das grossartige Zerstörungswerk in Knochen und Weichtheilen durch Kugeln aus grosser Nähe ist, nach Verf., nur die Wirkung der furchtbaren Erschütterung, in welche die mit so gewaltiger Propulsionskraft geschleuderte Kugel alle entgegenstehenden Gewebe versetzt. Für einen Schmelzungsprocess der Kugel durch die beim Aufschlagen erzeugte Wärme und dadurch bedingtes Auseinanderfahren der Bleitropfen in einem grossen Zerstreuungskegel als Ursache der Zermalmung spricht im vorliegenden Falle Nichts.

Schliesslich bestätigt Verf. die Bemerkung von Busch, dass der alte Satz, nach welchem Wunden durch Kleingewehrfeuer, abgesehen

von ganz matten Kugeln, eine desto grössere Reinheit zeigen, mit je stärkerer Propulsionskraft die Kugel aufschlägt, keine allgemeine Gültigkeit mehr hat. Die Region der reinen Wunden ist für unser modernes Feuergefecht mehr in der Mitte der Flugbahn der Kugel zu suchen. (Cf. Küster, Berl. klin. Wochenschr. 1874. 15, ref. im Centralbl. f. Chir. No. 16.) **Arn. Hiller** (Minden).

A. v. Brunn. Beiträge zur Ossificationslehre.

(Reichert und du Bois' Archiv für Anatomie 1874. p. 1—18.)

B. stellte seine Untersuchungen über die Structur des sich zur Ossification anschickenden Knorpels an völlig frischen Objecten (Epiphysenknorpel, Metacarpus des Kalbes) an. Der Knochen wurde mit der Säge gespalten und von der Sägefläche parallel der Längsaxe des Knochens entnommene Schnitte in $^1/_2\%$ NaCl-Lösung untersucht. Bekanntlich richten sich an der Ossificationsgrenze die Knorpelzellen zu Säulen an, welche der Längsaxe des Knochens parallel laufen. Zwischen diesen »gerichteten Knorpelzellensäulen« fand B. eine Menge feiner, den Säulen paralleler Fasern, welche an der Wucherungszone des Knorpels beginnend von da gradlinig zwischen den Knorpelzellensäulen über die Ossificationsgrenze hinaus bis in den Knochen hinuntergehen. Essigsäure, Kalilauge und langes Kochen lassen diese Fasern unverändert, weshalb B. sie dem elastischen Gewebe zurechnet und sie »elastische Stützfasern« nennt. Die Knorpelzellensäulen, sonst im festen Zusammenhange mit dem hyalinen Knorpel finden sich von der Stelle an, wo die Stützfasern auftreten, von einander losgetrennt. Von den Knorpelzellensäulen selbst sind diese Fasern stets durch die Grundsubstanz der Säulen getrennt. Diese Fasern verleihen, da sie je eine Knorpelzellensäule umhüllen, derselben, wie B. meint, einen gewissen Halt und »erschweren eine Verschiebung des Knorpels gegen den Knochen in der Richtung der Verknöcherungsgrenze«. Sie finden sich bei allen Röhrenknochen von Kindern, jungen Kaninchen, Hunden und Katzen.

Weiterhin bestätigte B., dass im frischen Knochen die Knorpelzellen die Kapseln vollkommen ausfüllen. Die Zellen sind äusserst empfindlich gegen Reagentien; nur Wasser und $^1/_2\%$ NaCl-Lösung lassen sie für längere Zeit unverändert. Die Knorpelkapseln, im hyalinen Knorpel schwer zu sehen, treten oberhalb der Verknöcherungsgrenze in der Gegend der gerichteten Knorpelzellensäulen deutlich hervor, besonders auf Hämatoxylinzusatz, welcher die Kapseln nach kurzer Zeit intensiv blau färbt. Der Verknöcherungsprocess erfolgt nach B. etwa folgendermassen: Zunächst proliferiren die Knorpelzellen und ordnen sich zu den gerichteten Knorpelzellensäulen. Nach der Verknöcherungsgrenze zu nehmen sie, mithin auch ihre Kapseln, stark an Umfang zu. Im embryonalen Knochen treten die Kapseln an den vergrösserten Zellen deutlich hervor, bei Knochen

aber, welche bereits benutzt worden, bleiben nur die Knorpelzellensäulen nebst der die Kapseln umhüllenden Grundsubstanz hyalin, während das zwischen den Knorpelzellensäulen befindliche Material sich in elastisches Gewebe mit weicher, in Wasser und dünnen Salzlösungen quellbarer Zwischensubstanz umwandelt.

Endlich beschäftigte sich B. mit der viel discutirten Frage, ob bei dem Ossificationsprocess die Knorpelzellen untergehen, oder zur Bildung des Markgewebes, der Osteoblasten und zur Erzeugung des Knochengewebes verwendet werden? Gegenbaur und Waldeyer sehen die Osteoblasten als Erzeugnisse der Knorpelzellen an. Ihnen schliesst sich B. an. In frischen mit Osmiumsäure behandelten Präparaten will B. den Uebergang der Knorpelzellen in Osteoblasten direct gesehen haben. Während Stieda und andere Autoren der Ansicht sind, dass sowohl die Knorpelzellen, wie die Knorpelgrundsubstanz untergehen und das gesammte Markgewebe nebst Osteoblasten mit den von der Peripherie herkommenden Blutgefässen von aussen eindringt, kommt B. zu dem Ergebniss, dass die Knorpelzellen in den Markräumen als Markzellen persistiren, sich zu Osteoblasten umwandeln und als solche das Knochengewebe bilden; dass ferner, während der grösste Theil zur Knochengrundsubstanz wird, ein Theil, wie schon Waldeyer behauptet hat, als Knochenkörperchen erhalten bleibt. Die Entstehung der Kalkkanälchen ist auf Resorptionsprocesse zurückzuführen. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

Ponfick (Rostock). Ueber die Wandlungen des Lammblutes innerhalb des menschlichen Organismus. Ein Beitrag zur Lehre von der Transfusion.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 28.)

Indem Verf. zugiebt, dass das beweiskräftigste Object der Mensch selbst sei, macht er auf die Schwierigkeiten, an ihm Erfahrung zu sammeln, aufmerksam. Er weist auf die Alteration des Nervensystems hin, die sich zuförderst klinisch gezeigt, und welche ihre Wirkung auf Grosshirn, respiratorische oder circulatorische Centren äussert; er erwähnt die aus den mitgetheilten Krankengeschichten ersichtlichen Anomalieen in der Harnabsonderung. Hinsichtlich der Hämaturie hatte Verf., ehe noch Sander (cf. Centralbl. f. Chir. No. 16) seine bezüglichen Beobachtungen mittheilte, ähnliche Erfahrungen bei experimentellen Transfusionsversuchen an Thieren gemacht und gefunden, dass Blut eines Individuums aus anderer Säugethierordnung bei Transfusion ein anderes Schicksal erfahre, als Blut eines Thieres der nämlichen Species, indem jenes, das fremde Blut, zum Theil zerstört und durch den Harn wieder ausgeschieden wird. — Hinsichtlich einer Antwort auf die Frage, ob für Menschen das Lammblut gleichfalls kein adaequates Medium sei, hat P. Anhaltepuncte in folgendem Falle

erhalten. Bei einer durch Blutungen (in Folge verheimlichter mit retentio placentae complicirten Geburt) anämischen Person war Endometritis und Herzverfettung eingetreten, und wurde am 12. Tage nach der Niederkunft eine Lammbluttransfusion (»in etwa 1—2 Minuten«) gemacht. Oppressionserscheinungen nöthigten die Kanüle abzuschliessen, und nach 20 Minuten erfolgte der Tod. Die wenige Stunden danach vorgenommene Obduction zeigte ausser den übrigen im Original nachzulesenden Erscheinungen bei mikroskopischer Analyse des Blutes aus den verschiedensten Körpergegenden, dass ausser den normalen menschlichen Blutkörperchen noch gelblich gefärbte kleinere Elemente vorhanden waren. Diese waren von der verschiedensten Grösse, doch nicht über etwa zwei Dritttheile der menschlichen betragend; die kleinsten waren Körnchen von gerade noch sichtbarer Grösse. In Farbe und Form waren sie gleich; die kleinen sind in verjüngter Gestalt die grösseren. Die meisten waren rund, scheibenförmig, selten elliptisch, die kleineren mehr kugelförmig. Bei mikrochemischer Reaction erwiesen sie sich als den rothen Blutkörperchen gleichwerthig. Da rothe Lammblutkörperchen etwa $^2/_3$ der Grösse von Menschenblutkörperchen haben, scheinen sie solche oder deren Zerfallproducte gewesen zu sein. Ferner fanden sich diesen frei im Plasma schwimmenden Fragmenten durchaus identische, in weisse Zellen eingeschlossene, und zwar einzeln oder zu mehreren. Verf. macht schliesslich auf das höchst Hypothetische der Hasse'schen Bemerkung aufmerksam, dass die altersschwachen menschlichen Blutkörperchen das Material für Hämaturie gäben und die des Lammes an ihrer Stelle den Gasaustausch vermitteln sollen.

v. Mosengeil (Bonn).

Claudot. Fremde Körper im ductus Whartonianus und ihre Beziehung zur Ranula. Soc. de chirurg. de Paris 17. Jun. 1874.

(Gaz. hebdom. 1874. 26. Juni.)

Forget giebt ein Referat über obige Arbeit, worin folgende Eintheilung der Sublingualcysten gegeben ist:

1) Schleimcysten, 2) Speichelcysten, 3) seröse Cysten (Fleischmann's Schleimbeutelcysten) und 4) Dermoidcysten. C. behandelt die durch Fremdkörper in den Speicheldrüsengängen hervorgerufene Entzündung und giebt die ihm überhaupt bekannt gewordenen 3 Beobachtungen wieder. Darnach sah Robert bei einem Schuhmacher, welcher über schmerzhafte Schwellung der linken Unterzungengegend klagte, die Submaxillardrüse geschwollen und schleimigen Eiter sich aus der ulcerirten Oeffnung des Wharton'schen Ganges entleeren; eines Tages fühlte der Kranke stechenden Schmerz unter der Zungenspitze; die Spitze einer Schweinsborste wurde gesehen und nach ihrer Entfernung ging die Entzündung schnell zurück.

In C.'s Fall bekam der 33jährige Soldat eine plötzlich entstandene fluctuirende Schwellung der rechten Unterkieferdrüse und ihres Ausführungsganges, nach der Eröffnung konnte eine 2 Cm. lange Grasähre entfernt werden; schnelle Heilung.

Delerie (New-Orleans) beobachtete einen Kranken, welcher 1857 wenige Stunden nach dem Genuss von Fischen Schmerzen in der rechten Submaxillargegend bekommen hatte und bei dem die Sonde 1860 einen Stein entdeckte, welcher am Tage nach der Sondirung sich spontan entleerte und als Kern das Fragment einer Fischgräte zeigte.

Die Extraction der fremden Körper und der sich spontan bildenden Concretionen wird als einziges Mittel angesehen, die Entzündung zu verhindern, resp. zu beseitigen.

Tillaux erklärt in der Sitzung derselben Gesellschaft am 3. Juni 1874 (Gaz. hebdom. vom 12. Juni 1874), dass nach seinen Erfahrungen, die in der Versammlung nicht allgemeine Billigung finden, die Entstehung der »acut auftretenden Froschgeschwulst« durch Erguss des Speichels aus dem normalen Gange in den Fleischmann'schen Schleimbeutel, resp. durch Hydropsie desselben, nicht durch Erweiterung und Retention im Wharton'schen Gange selbst zu erklären sei.

Pils (Stettin).

Asmus Duus. Ueber künstliche Blutleere bei Operationen.

(Inaug.-Diss. Kiel 1874.)

Diese sehr dankenswerthe Arbeit giebt eine Uebersicht der von Esmarch selbst gewonnenen Resultate und zugleich einen sehr fleissigen historischen Rückblick. Diesen genau durchzunehmen würde zu weit führen. Zu erwähnen ist nur, dass der lästige Prioritätsstreit, der von verschiedenen Seiten erhoben wurde, wohl als beigelegt zu betrachten ist, und wohl Niemand mehr die Methode anders als die Esmarch'sche bezeichnen wird.

Es sind im Ganzen vom Februar 1873 bis Ende Mai 1874 226 Operationen unter künstlicher Blutleere an 120 Kranken gemacht, 168 geheilt, 7 ungeheilt, 15 gestorben, darunter 2 nach Heilung der Wunden an andern Ursachen. An accidentellen Wundkrankheiten starben 7, an Shock und Anämie 2, an Erschöpfung 2, an Phthisis, Carcinosis pulmonum, Diphtheritis faucium je 1. Dabei wird erwähnt, dass die hygienischen Verhältnisse des Kieler Hospitals nichts weniger als günstig sind, und dass das Lister'sche Verfahren nur selten, bei Amputationen, bei Resectionen nie angewandt wird. Lähmungen in Folge der Compression, wie v. Langenbeck solche gesehen, sind in Kiel nie vorgekommen. Septicämie ist, etwa durch Hineindrücken septischer Stoffe durch die Binden, nie gesehen, ebenfalls nicht Gangrän der Lappen bei Amputation beobachtet worden. Nach-

blutungen einige Male, waren so gering, dass sie keine Eingriffe erforderten.

Von 34 Amputationen und Exarticulationen grösserer Gelenke waren 4 mit tödtlichem Ausgang, 1 Mal an Septicämie, die schon vor der Operation bestanden, 1 Mal an Pyämie, 2 Mal an Erschöpfung = 11,8% Mortalität. Hiermit vergleicht Verf. die Statistiken

von Lister*) unter 76 grösseren Amputationen 20 Todesfälle = 26,3% Mortalität,

von Erichsen**) unter 80 grösseren Amputationen 21 Todesfälle = 26,3% Mortalität und

von Volkmann***) unter 46 Amputirten 13 Todesfälle = 28,2% Mortalität.

Die specielle, höchst interessante Statistik muss in der trefflichen Zusammenstellung selbst nachgesehen werden.

Leisrink (Hamburg).

L. Szuman. Versuche über den temporären und den dauernden Verschluss des Gefässlumens nach der Unterbindung und nach der Acupressur. (Von der Bresl. med. Fakultät gekrönte Preisschr.)

(Denkschriften d. Warschauer ärztl. Gesellschaft 1874. Hft. 3. polnisch.)

Nach einer gründlichen Darstellung der einschlägigen Litteratur geht S. zu seinen Versuchen über, die er (54 an der Zahl) vorzugsweise an Hunden und Kaninchen angestellt hat. Aus diesen geht hervor, dass zum zeitigen Verschluss nur die Ligatur selbst beiträgt, nicht aber das Blutcoagulum. — Nur in 32% fand S. coagula, die mit blossem Auge oder mit der Loupe erkannt werden konnten, und dann reichten dieselben, im Gegensatze zu den meisten Autoren, noch weit nicht bis zum nächsten Gefässaste; in den anderen Fällen konnte nur mikroskopisch ein minimaler zwischen den Rändern der durchschnittenen Intima und Externa verfilzter Thrombus nachgewiesen werden.

Dass die Coagula sich nicht so leicht und schnell bilden können, beweist S. durch folgende Thatsachen:

a) Dass die Blutstase zwar die Coagulirung des Blutes befördert, dass sie aber nicht dessen einzige und wichtigste Ursache sei; da sonst coagula gleich in den ersten Stunden, ja sogar Minuten nach der Unterbindung entstehen müssten.

b) Gesetzt auch den Fall, dass die Blutstase die wichtigste Ursache der Coagulirung wäre, so verneint S. die Existenz einer Stase in unterbundenen Gefässen überhaupt und beweist diesen Umstand

---

*) Siehe Verhandl. des III. Chirurgencongresses zu Berlin. Vortrag von Dr. Reyher aus Dorpat.

**) Aus Reyher's Bericht.

***) Ebenfalls in den oben citirten Verhandlungen.

mit zahlreichen an Fröschen angestellten Versuchen, aus denen auch klar hervorgeht, dass die Coagulirung nur nach Verletzung der inneren Gefässhaut, nicht aber in Folge von Verengerung des Gefässlumens oder nach Verletzung der äusseren Gefässhaut eintritt.

Da nun nach A. Schmidt's Untersuchungen zur Blutcoagulirung ein Faserstoffferment nothwendig ist, so glaubt Verf., dass die Verletzung, oder eigentlich überhaupt der kranke Zustand der inneren Gefässhaut Vieles zu dessen Entstehung beitrage.

Die Untersuchungen mit der Acupressur ergaben auch, dass der Thrombus sich sehr langsam bilde und dass der Verschluss des Lumens anfangs nur von der Nadel abhängt.

S. erklärt sich gegen die Acupressur wegen oft eintretender Blutungen.

Was den dauernden Verschluss anbelangt, so fand Verf. bei seinen Versuchen das Gefäss an der Stelle der Ligatur, resp. Acupressur, gewöhnlich durchschnitten, aber mit dem es umgebenden Narbengewebe verwachsen, so dass nach längerer Zeit die äussere Gefässhaut beinahe unversehrt aussah. — Dieses Narbengewebe hält er in Fällen, wo minimale Thromben vorhanden waren, für das eigentlich Verschliessende; in Fällen dagegen, wo der Thrombus gut ausgebildet ist, stellt er, nach Verf.'s Ansicht, das Hauptverschlussmittel; solchen Thromben vindicirt er die Organisation, die gänzlich ohne Mithülfe von Seiten der Gefässwände zu Stande kommen kann, wie der Versuch mit einem in die Cruralarterie eingeführten und nach 8 Tagen ganz organisirt gefundenen coagulum lehrt. Zur Organisation trägt viel die Canaliculisation des Thrombus bei, die durch Hineindringen des Blutes geschehen soll. Sowohl auf dem Wege der Kanälchen hineingelangte, als auch im Thrombus selbst enthaltene weisse Blutzellen werden zu Spindelzellen, die dann in Contact mit denen der zerrissenen Intima und des Narbengewebes, die Organisation vollenden.

Obaliński (Krakau).

G. Leopold. Die soliden Eierstocksgeschwülste.

(Arch. für Gynäkologie Bd. VI. Hft. 2.)

Eine Zusammenstellung von 43 in der Litteratur beschriebenen und von 13 persönlich untersuchten Fällen. Feste Eierstockstumoren sind sehr selten. Spencer Wells fand unter 500 Tumoren nur 6 solide. Verf. berechnet die Häufigkeit auf 1,5%. Der Mehrzahl nach gehören sie zu den Sarcomen und Carcinomen; seltener sind die Fibrome und Fibroide, verknöcherte Tumoren, Enchondrome (1 Fall). Die äussere Form ähnelt im Ganzen der des Eierstocks und um so mehr, je kleiner die Geschwülste sind. Obgleich solide Tumoren, können sie doch bisweilen Fluctuation vortäuschen. Der Stiel der Geschwulst zeigt für gewöhnlich die normalen Verhältnisse; daher haben die entarteten Drüsen einen normalen Hilus, im Gegensatz zu

den Cysten der Eierstöcke. In Bezug auf den mikroskopischen Theil verweist Ref. auf das Original.

Die Menstruation fehlte nur in einem Falle (junges Mädchen). In 15 von 24 Fällen dauerte sie bis zur Operation oder bis zum Tode; in 9 Fällen hörte sie längere Zeit vor diesem Zeitpunkte auf. Die Dauer der Krankheit richtet sich natürlich nach der Art des Tumors. Fibrome zeigten eine Dauer von 2—10 Jahren, Carcinome und Sarcome bis $2^1/_2$, resp. ein halbes Jahr.

Ahlfeld (Leipzig).

Cazeneuve et Daremberg. Nature du liquide contenu dans les kystes spermatiques.

(Robin's Journ. de l'anatomie et de la physiologie 1874. p. 447.)

Vff. hatten Gelegenheit, den aus drei Spermatocelen durch Punction entleerten Inhalt genauer zu untersuchen. Die Flüssigkeit opalescirte leicht, liess auf dem Filtrum eine weissliche Masse zurück, die sich als aus Spermatozoën und sparsamen weissen Blutzellen bestehend erwies.

Spec. Gewicht = 1008—1009, Reaction: schwach alkalisch. Bei blosser Erhitzung des Filtrats bildete sich kein Niederschlag, auf Zusatz von Salpetersäure eine leichte Trübung. Ein Theil der Flüssigkeit, auf dem Wasserbade zur Trockne erhitzt und dann mit Wasser wieder versetzt, liess einen, in Wasser unlöslichen, in grossem Essigsäure-Ueberschuss löslichen eiweissartigen Stoff zurück, das Berzelius'sche Spermatin. Der Aetherextract des zur Trockne verdampften Filtrats zeigte kaum merkbare Spuren von Fett. Von Salzen fand sich zumeist NaCl, zu fast 1%; es ist dies um so bemerkenswerther, als das Sperma kaum wägbare Mengen davon enthält. Ausserdem Spuren von $CaSO_4$ und $MgSO_4$. Phosphate waren nicht nachzuweisen; auch dies ist nicht unwesentlich, weil normales Sperma ziemlich viel Phosphate enthält. Die quantitative Analyse ergab:

Wasser	98%
Spermatin	0,05%
NaCl	0,95%
$CaSO_4$, $MgSO_4$	0,15%.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

H. Schrön (Jena). Die Schieloperation vor ihrer Erfindung durch Dieffenbach. Eine historische Studie.

(Graefe's Archiv Bd. XX. Abth. I.)

Verf. kommt in seiner Studie zu dem Resultate, dass Taylor zuerst die Idee der Schieloperation gehabt, dieselbe aber nie ausgeführt habe.

Fraenkel (Chemnitz).

v. Mosetig-Moorhoe. (Wiedener Krankenhaus, Wien.) Intrabuccale Resection des N. inframaxill. nach Parravicini's Methode, wegen Neuralgie. Heilung.

(Wiener med. Wochenschrift 1874 No. 12.)

Verf. hatte zunächst ein etwa 3 Linien langes Stück des N. mentalis excidirt an seiner Austrittsstelle aus dem for. mentale. Die erzielte Besserung ging jedoch nach Beginn der Vernarbung wieder verloren. Nun brachte aber das Verfahren von Parravicini (Annali universali di Med., Milano, Aprile, 1858) dauernde Heilung. Die Anfangs heftige Blutung aus der Art. inframax. stand bald nach Anwendung von Eis. Excidirt wurde ein 4 Linien langes Stück. Meusel (Gotha, siehe Deutsche Klinik 1871), Billroth und Menzel (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XIII Heft III) operirten in ähnlicher Weise. **v. Mosengeil** (Bonn).

E. Münchmeyer (Herrstein). Zur Localbehandlung der Diphtherie.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874 No. 21.)

Verf. erklärt die locale Therapie der Diphtherie für nicht unbedenklich, und zwar nicht die auf Inhalationen und Anwendung von Gargarismen beruhende, sondern die in Cauterisation bestehende. Als Grund einer Gefahr sieht er die bei Pinselungen und derartigen mechanischen Vorgängen leicht erfolgende Verwundung an; es wird dadurch eine Resorptionsbasis gegeben, von der das Diphtheritisgift sich im Organismus verbreiten kann. Erfahrungen während einer Epidemie haben die Bedenken und Reflexionen angeregt, und ist die Mittheilung jedenfalls dankenswerth. **v. Mosengeil** (Bonn.)

Echinococcus hepatis. Galvanopunctur; Suppuration des Blaseninhalts, secundäre Pleuritis, Compression der Lunge; Punction mit Aspiration des Blaseninhaltes; auffallende Besserung.

(Klin. Beilage zu den Correspondenzbl. des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1874 No. 1.)

Der Fall, einen 40jährigen Gärtner betreffend und in der medicin. Klinik zu Jena beobachtet, bietet insofern einiges Interesse, als der Electropunctur eine zwar langsam entwickelte, aber hochgradige Entzündung des Echinococcusbalges mit Vereiterung und Fortsetzung auf die Pleuren folgte. Durch Punction der Cyste an der Stelle wo die Electropunctur zur Bildung von Adhäsionen geführt hatte, wurden mit Hülfe einer Spritze etwa 400 cc. einer milchig getrübten, eiweisshaltigen Flüssigkeit entleert. Ohne Aspiration konnte keine Flüssigkeit aus der Kanüle herausbefördert werden. **Lesser** (Berlin).

C. S. Jeaffreson. Excision of the scapula and nearly the entire clavicle for malignant disease.

(The Lancet 1874 No. 22 p. 759.)

Ein 20jähriges Mädchen kam zu J. mit einer Geschwulst auf der linken Schulter und am Humerus, welche unter den Muskeln lag. Die Diagnose auf maligne Geschwulst vom Knochen ausgehend, soll leicht gewesen sein. In wenigen Wochen nahm die Geschwulst wesentlich zu. Pat. entschloss sich endlich zur Exarticulation im Schultergelenke, welche mit einem äussern Lappen ausgeführt wurde. Die Wunde heilte schnell, doch schon nach wenigen Wochen war der Stumpf von Neuem stark geschwollen, die Geschwulst hatte auf Scapula und Clavicula übergegriffen. Es wurde nun durch einen $^1/_4$ Kreis-Schnitt die Scapula und durch einen andern Schnitt die Clavicula blossgelegt und letztere in der Mitte durchgesägt. Entfernung erst der Clavicula dann der Scapula. Heilung erfolgte schnell.

Leisrink (Hamburg).

Mollière, Lemoyne. Submusculäres Osteom.

(Lyon méd. 1874. p. 105 u. 141.)

Ein 24jähriger Arbeiter, vor 1 Monat auf den Ellenbogen gefallen, bemerkte seitdem eine in der letzten Zeit schnell wachsende Geschwulst dieser Gegend, welche

Beugung und Streckung des Vorderarms behinderte. Die harte Geschwulst wurde mühsam — in einzelnen Stücken — von der vorderen Seite des Ellenbogengelenks und den benachbarten Muskeln, zwischen welche sie tiefe Ausläufer hineinsandte, entfernt, bis auf einen Rest, welcher dem vorderen Theile der Gelenkkapsel fest adhärirte; man hatte die Ablösung hier unterlassen, um nicht das Gelenk zu eröffnen. Dennoch erfolgte Vereiterung des Gelenks mit Ankylose. Der Tumor erwies sich als echtes Osteom mit einer centralen Höhle. **Pilz** (Stettin).

Prof. **Kosiński,** (Warschau). Ein Fibroma molluscum von bedeutender Grösse. Operation. Genesung.

(Denkschrift der Gesellsch. d. Aerzte in Warschau Bd. I Hft. 4, polnisch.)

Diese Geschwulst befand sich in der Lendengegend bei einer 27 Jahre alten, schlecht genährten Bauernfrau. Die Basis der Geschwulst erstreckte sich vom 11ten Brustwirbel bis zur Symphysis sacro-coccygea und hatte hier eine Circumferenz von 76 cm. Die ganze Geschwulst hatte die Gestalt einer Keule von einer Länge von 106 cm. mit der grössten Circumferenz von 84 cm. Die Haut war braun gefärbt und zeigte viele geschlängelte weissliche Stränge, die als erweiterte Lymphgefässe und Lymphkanäle erkannt wurden. Die ersten Anfänge dieser Geschwulst reichen bis in die früheste Jugend hinaus und soll die Patientin laut Angabe mit einem dunkeln Flecke in der Lendengegend zur Welt gekommen sein.

Bei der Operation, die vermittelst zweier ovalärer Hautschnitte vollführt wurde, unterband man 15 Arterien.

Die Geschwulst hatte ein Gewicht von 33 Pfund und zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung Faserbündel mit Spindelzellen.

Die 32 cm. lange Wunde war nach drei Monaten beinahe ganz vernarbt.

Obaliński (Krakau).

Tholen. Ueber die Behandlung der malignen Lymphosarcome mit Arsenik. Aus der Freiburger chirurg. Klinik.

(Arch. für klinische Chirurgie. Bd. XVII. Hft. 1. p. 1—18.)

Nach einem geschichtlichen Ueberblick über die innerliche Anwendung des Arseniks gegen bösartige Geschwülste wird über die Erfolge von vier in Freiburg mit diesem Mittel behandelten Fällen wie folgt berichtet:

1) Infiltrirtes Epithelialcarcinom des rechten Kieferwinkels (infiltrirtes malignes Lymphosarcom?) wegen grosser Ausdehnung und Infiltration der benachbarten Drüsen unoperirbar. Von Ende Mai bis Octbr. 1872 theils innerliche, theils parenchymatöse Anwendung der Sol. Fowleri mit dem Erfolge, dass die Geschwulst vollkommen verschwand und bis Februar 1874 nicht recidivirte.

2) Maligne Lymphosarcome der Halsdrüsen und Tonsillen. Zahl der weissen Blutkörperchen nicht vermehrt. In 5 Monaten bei innerlichem Gebrauch der Sol. Fowleri Rückbildung bis nahe zur Norm.

3) Ebensolche Tumoren in rechter Achsel- und Supraclaviculargegend. Sie verkleinerten sich schon nach 13tägigem Gebrauche von im Ganzen 65 Tropfen der Solution und schwanden im weiteren Verlaufe fast vollständig. Doch stellte sich dabei unter erheblicher Milzanschwellung ein scorbutähnlicher Zustand ein, welcher in 2 Monaten hochgradigen Marasmus und Tod des Patienten herbeiführte.

4) Lymphosarcom der linken Submaxillardrüsen, von dort durch die Fossa pterygopalatina zur Fiss. orbitalis und Schädelbasis emporwuchernd. Behandlung ohne jeden Erfolg. **Wilh. Koch** (Berlin).

Compound Dislocation of the Elbow-Jaint. Rupture of the Brachial Artery. Recovery. (London Hospital).

(The Lancet 1874. No. 6. p. 195.)

Ein 18jähriger Mann hatte sich eine complicirte Luxation des Ellbogens durch Fall vom Omnibus zugezogen. Die Gelenkfläche des Humerus stand durch eine gerissene Wunde an dem vorderen, inneren Theil des Vorderarms hervor. Die

Reposition wurde durch den Hausarzt bewirkt, welcher dann bemerkte, dass die Brachialarterie zerrissen war. Das obere Ende derselben konnte deutlich im Grunde der Wunde pulsirend gesehen werden; das untere Ende war nicht sichtbar. Keine Blutung, Hand und Vorderarm warm. Conservative Behandlung. Der Verlauf vollkommen gut. Nach 8 Wochen konnte der Kranke mit geheilter Wunde und mit im Winkel von 100° ankylosirtem Ellenbogengelenk auf's Land geschickt werden.

Leisrink (Hamburg).

Cases of ovariotomy. The Hospital for Women, Soho-Square.

(The Lancet 1874. No. 20—22.)

Fall I. Multiloculäre Cyste. Heilung.

C., 28 Jahr alt, unverheirathet. An der rechten Seite des Bauches viele Schmerzen. Am 21. Januar Ovariotomie. Keine Adhäsionen der multiloculären Cyste. Der Stiel in den Clamp gelegt. Nach 3 Tagen grosses Wohlbefinden; am 7 Tage die Nähte entfernt. Am 34. Tage geheilt entlassen.

Fall II. Vereiterte Cyste des linken Ovarium. Tod am 3. Tage.

Eine 52 Jahr alte, verheirathete Frau, Mutter von 1 Kinde. Vor 2 Jahren lebhafte Leibschmerzen. Die Geschwulst nahm zu, namentlich während der letzten 6 Monate. Im December 1872 Punction der Geschwulst. Von da an starker Verfall der Kräfte. Bei der Aufnahme Fieber. Am 11. Januar 1873 Punction wiederholt mit Entleerung von 18 Pinten einer eitrigen Flüssigkeit. Steigerung des Fiebers, daher am 1. Februar Ovariotomie. Die uniloculäre Cyste enthielt noch 10 Pinten Eiter. Adhäsionen am Becken. Stiel und Adhäsionen mit dem Glüheisen getrennt und versenkt. Bauchhöhle mit Catgut-Nähten geschlossen. Am 3. Tage Tod. Das Resultat der Section rein negativ (?).

Fall III. Colloide Entartung des linken Ovarium, Ascites, Peritonitis. Tod am 3. Tage.

Eine 52jährige Frau, Mutter von 12 Kindern, ausserdem 3 Mal abortirt. Seit 16 Monaten ein Zunehmen des Leibes, in den letzten 2 Monaten sehr bedeutend.

Am 29. Mai Ovariotomie. Bei der Oeffnung der Bauchhöhle flossen 8 Pinten ascitischer Flüssigkeit ab. Aus dem Tumor konnte durch Punction Nichts entleert werden, derselbe wurde nun gespalten und seines Inhaltes entleert. Entfernung der Geschwulst. Der Stiel mit dem Glüheisen gebrannt und versenkt. Die Geschwulst wog 11 Pfund. Tod unter Erscheinungen von Peritonitis.

Fall IV. Multiloculäre Cyste. Heilung.

Eine 26jährige, 6 Jahre verheirathete Frau. 3 Geburten, 1 Abortus. Letzte Entbindung vor 6 Monaten, darnach bleibende Schwellung des Leibes, namentlich an der rechten Seite. Am 26. April Operation. Die Wände der Cyste sehr dünn, Inhalt 5 Pinten gelatinöser Flüssigkeit. Nur eine Adhäsion am Omentum. Der 2 Finger dicke Stiel mit dem Glüheisen getrennt und versenkt. Am 24. Tage geheilt entlassen.

Fall V. Multiloculäre Cyste, Peritonitis. Tod am 7. Tage.

Eine 40jährige Frau. 4 Entbindungen, 2 Aborte. Vor 18 Monaten schwoll der Leib an. Am 3. Mai Operation. Keine Adhäsionen. Der Stiel sehr dick, unterbunden und versenkt. Am 5. Tage Tod unter den Erscheinungen der Peritonitis. Die Section ergab, namentlich um den Stiel herum, entzündliche Ablagerungen.

Fall VI. Multiloculäre Cyste. Heilung.

39 Jahr alte, verheirathete Frau. Vor 10 Monaten Beginn der Schwellung. Am 10. Mai Operation. Die multiloculäre Cyste enthielt 6 Pinten einer dicken gelatinösen Flüssigkeit. Keine Adhäsionen. Der Stiel abgebrannt und versenkt. Am 20. Tage geheilt entlassen.

Fall VII. Multiloculäre Cyste. Operation. Heilung. 45jähriges Mädchen. Seit 18 Monaten Anschwellung des Leibes. Am 24. Mai Ovariotomie. Keine Adhäsionen. Der ziemlich lange Stiel durch das Glüheisen getrennt und versenkt. Am 18. Tage geheilt entlassen.

Fall VIII. Multiloculärer Tumor. Tod.

Eine 53jährige, unverheirathete Patientin. Es wurden 2 Geschwülste diagnosticirt, eine an der rechten Seite und eine an der linken. Am 12. Juli Ovariotomie. Incision sehr lang, weil die Geschwulst multiloculär war und der Inhalt zu zähe, um leicht zu fliessen. Sehr viele Adhäsionen an den Därmen, am Becken, am Mesenterium wurden sorgfältig getrennt. Tod kurz nach beendigter Operation.

Leisrink (Hamburg).

M. Figueira. Hydropneumothorax. Thoracocenthese — Empyema, Applicaçao de tubo de esgoto e injecçoes amcudadas — Cura.

(O correio medico de Lisboa 1874. No. 18. p. 205.)

Ein 19jähriges, schwächliches Mädchen bekommt ein linksseitiges pleuritisches Exsudat. Nach erfolgloser innerer Medication entleert F. Ende December 1872 mit Hülfe des Dieulafoy'schen Aspirators etwa 1560 gr. seröser Flüssigkeit. Rasche Wiederansammlung der letzteren und Wiederholung der Thoracocenthese am 20. Jan. 1873 im Spital de S. José. Diesmal wurden 3500 gr. geruchlosen rahmigen Eiters herausbefördert. Doch bald ist wiederum eine neue Ansammlung von Flüssigkeit vorhanden und verlangt wegen rascher Zunahme mit hoher Fiebersteigerung eine dritte Punction am 12. Febr. Diesmal fliesst eine eitrige, mit Blut untermischte Flüssigkeit heraus. — Es wird nun im Laufe der folgenden Monate noch etwa 8 Mal die einfache Punction wiederholt, bis zwei andere Aerzte zu Ausspritzungen mit verdünnter Jodtinctur greifen. Dabei kommt Pat. durch unvorsichtige Anwendung von Catharticis total von Kräften. Es wird nun nach weiterer Entleerung von sehr stark stinkendem Eiter ein Drainagerohr in der Punctionswunde belassen und auch zu Ausspritzungen mit verdünnter Carbolsäurelösung benutzt. — Ende October 1873 wird das Rohr entfernt; seitdem raschere Besserung des Allgemeinbefindens bis zur völligen Heilung, die noch vor Kurzem constatirt wurde. — Nur ist die linke Thoraxhälfte zusammengefallen mit secundärer Wirbelsäulenverkrümmung.

Ullersperger (München).

P. G. Velasco. Extraordinario caso de Elefantiasis del escroto y pene. (Mit Abbildungen.)

(El Anfiteatro anatom. Español 1874. No. 33.)

Der Fall betraf den Arzt Fernandez aus Madrid, dessen Penis durch hochgradige elephantiastische Degeneration der Haut bedeutend vergrössert erschien, ebenso das scrotum die Grösse des Kopfes von einem Erwachsenen erreicht hatte. Die Beschwerden waren unsäglich. Die Mehrzahl seiner Collegen in Spanien und im Auslande hielten den Fall für unoperirbar. V. operirte den Kranken in 2 Sitzungen. Er exstirpirte zunächst Scrotum und Vorhaut des Penis, wodurch zunächst auch die lästige Urinretention gehoben ward. In 11 Tagen war die Wunde vernarbt. Darauf wurde die zweite Operation ausgeführt und die beiden atrophirten Hoden mit den Ueberresten der Scrotalhaut überdeckt. Die Heilung erfolgte in 20 Tagen und ist Pat. seitdem geheilt geblieben. **Ullersperger** (München).

Mollière, Complete Luxation des linken Vorderarms nach hinten.

(Lyon méd. 1874. 5. Juli. p. 273.)

Obige Luxation beobachtete M. bei einem 40jähr. robusten Manne; dieselbe bestand seit 3 Tagen und liess sich in der Narkose reduciren. Volle Heilung.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. **Sonnabend, den 19. September.** **1874.**

Oeffentliche Consultation.

In der chirurgischen Klinik zu Marburg befindet sich ein junger Mann von 17 Jahren, welcher seit mehr als zwei Jahren an intermittirender Kniegelenkwassersucht leidet.

Die beiden Kniegelenke werden theils gleichzeitig, theils alternirend von Exsudation ergriffen, nach einer langsam, in zwei bis vier Tagen, erfolgenden Zunahme des Wassers erfolgt wieder eine ebenso langsame Abnahme und eine von ein bis zu acht Tagen währende Pause. So kommen also z. B. 10 Anfälle auf 79 Tage, vom 13. Juni bis 2. September, alles sehr unregelmässig.

Empfindlichkeit und örtliche Wärme sind unbedeutend, das Allgemeinbefinden ungestört, das Aussehen blühend. Das continuelle Bettliegen, die Gypsverbände, die verschiedensten Medicationen, als Eisen, Jod, Chinin, Arsen, Ergotin u. s. w. waren ohne Wirkung.

Ich richte nun die öffentliche Bitte um Rath an die geehrten

Fachgenossen. Wo kann die Ursache dieses Uebels zu finden sein? Welche Untersuchungen könnten gemacht, welche Symptome vielleicht beachtet werden, um dieser räthselhaften Erscheinung auf die Spur zu kommen?

Für eine belehrende Mittheilung, öffentlich oder brieflich, würde ich sehr dankbar sein.

Marburg, im Septbr. 1874.

Prof. W. Roser.

Ueber die forcirte Taxis bei Brucheinklemmungen.

Von

Dr. Max Schede,

Privatdocent der Chirurgie und Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu Halle a/S.

(Schluss; cf. Centralblatt No. 24, p. 369.)

Die Frage aber, ob man noch Repositionsversuche wagen dürfe oder nicht, einfach nach der seit dem Beginn der Einklemmung verstrichenen Zeit, oder nach dem Vorhandensein oder Fehlen von Kothbrechen entscheiden zu wollen, wie die oben genannten Autoren, halte ich für ein vollkommen verfehltes Unternehmen, welches zu den grössten Missgriffen führen kann. Je nach der Engigkeit des einschnürenden Ringes können selbstverständlich Repositionsversuche das eine Mal nach 24 Stunden schon unstatthaft sein, das andere Mal trotz fortwährenden Kothbrechens noch nach 6 Tagen sehr wohl gelingen; und bei einer hernia littrica kann jedes Kothbrechen fehlen und das Allgemeinbefinden leidlich gut sein, während das eingeklemmte Darmstück schon gangränös ist (s. u.). So allgemein gefasste Regeln sind also sehr wenig zuverlässig, und den Ausschlag kann in jedem einzelnen Falle stets nur eine genaue locale Untersuchung mit gebührender Berücksichtigung des allgemeinen Kräftezustandes geben.

Eine tiefe Chloroformnarkose ist dann die erste Bedingung für das Gelingen; eine ganz genaue Orientirung über die Lage der Bruchpforte die zweite; und der Umstand, dass die Erfüllung der ersteren von Collegen, welche sich nicht specieller mit Chirurgie beschäftigen, häufig nicht in der nöthigen Intensität riskirt wird, die der zweiten nicht selten eine Uebung in der Untersuchung verlangt, die Manchem abgeht, ist nach meinen Erfahrungen ein weiterer wichtiger Factor für das häufige Misslingen der Taxis.

Ich pflege dieselbe nun so auszuführen, dass ich mit den zusammengelegten Daumen bald von der einen, bald von der andern Seite, von oben oder unten einen kräftigen Druck genau in der Richtung nach der Bruchpforte zu auf einen Theil der Bruchgeschwulst ausübe, welcher dieser noch ziemlich nahe liegt. Nur bei ganz kleinen Brüchen drücke ich wohl direct auf den Scheitel der Geschwulst. Möglich, dass bei diesen Manipulationen häufig die seit-

liche Abknickung der vorgefallenen Darmschlinge mit Oeffnung des abführenden Darmrohrs zu Stande kommt, welchem Lossen nach seinen schönen Versuchen gewiss mit Recht eine so wichtige Rolle bei der Reposition zuschreibt. Ohne mich hier weiter auf theoretische Betrachtungen einzulassen, bemerke ich nur, dass ich meine glücklich abgelaufenen Taxisversuche selten länger als 5 Minuten, gewiss niemals über eine Viertelstunde habe ausdehnen müssen, während dieser Zeit aber allerdings eine sehr viel bedeutendere Kraft angewandt habe, als ich es je von andern gesehen und als die meisten für erlaubt halten würden. Das eine Mal aber, wo ich mich ganz im Anfang meiner chirurgischen Laufbahn verleiten liess, die Repositionsversuche etwa eine Stunde lang fortzusetzen, war eine Reposition en masse und der Tod des Patienten die Strafe dafür. Der Fall betraf, wie oben erwähnt, einen 55jähr. schlecht genährten Arbeiter, welchem sich ein linksseitiger, äusserer Leistenbruch seit 40 Stunden eingeklemmt hatte, und bei welchem schon ausserhalb der Klinik von einem andern Arzte energische Taxisversuche vorgenommen waren. Trotz tiefer Chloroformnarkose wollte die Reposition lange nicht gelingen, bis ich schliesslich mit der Spitze des Zeigefingers neben dem Bruch in den äussern Leistenring einzudringen und diesen etwas zu erweitern vermochte. Gleich darauf ging der Bruch mit ziemlicher Leichtigkeit zurück, doch war allerdings eine grosse Neigung desselben, wieder hervorzutreten, auffallend, welche meinen Verdacht hätte erwecken sollen. Ein nothdürftig passendes Bruchband sicherte indessen die Retention. Am andern Morgen (die Reposition geschah spät Abends) bei leidlichem Allgemeinbefinden noch sehr kleiner Puls und Klagen über Leibschmerzen. Bei dem Versuch zu Stuhl zu gehen, brach Patient plötzlich zusammen und verschied eine Viertelstunde darauf. Die Section ergab, dass die eigentliche Einklemmung durch den innern Leistenring verursacht worden, welcher ganz enorm eng war. Die fast leere, 6″ lange Darmschlinge lag im Leistencanal und zwischen der Bauchwand und dem davon etwas abgedrängten Peritoneum. An der Stelle der Einschnürung fand sich eine ganz kleine Perforation, welche wahrscheinlich in dem Moment entstanden war, als Patient aufstand, und welche den raschen Collaps verschuldet hatte.

Ich glaube indessen, dass die Gefahr der Herstellung einer reposition en masse oder der Verkennung einer solchen, wenn sie entstanden, nicht gross ist; denn wenn auch die Fortdauer der Einklemmungserscheinungen eine Zeit lang mit den Folgen der Chloroformnarkose verwechselt werden kann, so wird doch die Neigung des Bruches, immer wieder vorzufallen, sofort darauf aufmerksam machen müssen, dass die Reposition nicht in der gehörigen Weise erfolgte.

In 3 Fällen habe ich ausserdem das Auftreten einer partiellen Peritonitis nach der Reposition von längere Zeit eingeklemmt gewesenen Brüchen beobachtet, in einem 4. war deutliche peritonitische Reizung über dem Poupart'schen Band schon vor der Reposition vorhanden, während die Bruchgeschwulst selbst (2 Tage eingeklemm-

ter äusserer Leistenbruch bei einem 57jähr. Arbeiter) relativ unempfindlich war. Nach der ziemlich mühsamen Reposition dauerte eine mässige Schmerzhaftigkeit des Leibes, Tympanitis, Erbrechen, Stuhlverstopfung noch 3 Tage lang fort, worauf erst der Abgang von Blähungen, dann auch Stuhlgang spontan eintrat und die Besserung rasche Fortschritte machte. Die übrigen 3 Fälle betrafen 2 Frauen mit resp. 3 und 6 Tage lang eingeklemmten Inguinalbrüchen, und eine 3. mit 3tägiger Incarceration eines Femoralbruchs. Die beiden ersteren kamen mit sehr geringen Erscheinungen und einem etwa 8tägigen Aufenthalt im Bett davon. Bei der 3., einer jüngeren Frau von einigen 30 Jahren, waren, ehe sie in meine Behandlung kam, schon von anderer Seite sehr energische Repositionsversuche gemacht worden und die Taxis gelang auch mir nur mit ziemlicher Mühe. Eine nicht sehr intensive, aber nach und nach sich fast über den ganzen Leib verbreitende Peritonitis war die Folge, welche, ohne jemals eine sehr imminente Gefahr zu bedingen, 3 Wochen lang anhielt und die Kranke sehr herunterbrachte. Auch sie genas dann. Diese Peritonitiden, deren Auftreten nach einer länger dauernden Einklemmung und den kräftigen, zur Reduction nothwendigen Manipulationen natürlich genug ist, und in Betreff derer man sich höchstens wundern kann, dass sie nicht noch viel häufiger beobachtet werden, scheinen nach dem Gesagten doch nicht sehr gefährlich zu sein, während der Contact mit der äusseren Luft nach einer schliesslich noch vorgenommenen Operation ihnen vielleicht eine ganz andere Wendung gegeben haben würde.

Zum Schluss sei es mir gestattet, zweier besonders interessanter Fälle von Herniotomieen noch nähere Erwähnung zu thun.

Carl Dahlmann, Arbeiter, 21 Jahr alt, kam im September 1868 mit einem grossen seit zwei Tagen eingeklemmten linksseitigen Scrotalbruch in die Klinik. Vorher waren wiederholte kräftige Taxisversuche in der Chloroformnarkose von anderen Aerzten erfolglos gemacht, und so entschloss ich mich in Abwesenheit des Herrn Prof. Volkmann rasch zur Operation. Der Darm war stark aufgebläht, hatte aber ein ziemlich gesundes Aussehen, der äussere Leistenring, welcher sehr eng war und die Einklemmung veranlasst zu haben schien, wurde mittelst des debridement multiple erweitert und nun die Reposition versucht. Wider Erwarten wollte sie aber nicht gelingen. Ich ging mit dem Zeigefinger in den Inguinalcanal, derselbe war vollkommen weit, nirgends ein Repositionshinderniss zu bemerken, soweit mein Finger, der den Leistencanal bequem passirte, reichte, fühlte ich nichts wie lose Darmschlingen. Ich beruhigte mich bei dem Gedanken, dass wohl nur die starke Tympanitis die Darmschlingen immer wieder vordränge und legte einen Verband an. Indessen die Einklemmungserscheinungen dauerten fort, am nächsten Tage war die Wunde von missfarbigen Massen bedeckt, eine ausgedehntere Gangrän des Scrotums trat ein, allgemeine Peritonitis, Tod am 5. Tage. Die Section ergab, dass eine colossale Ablösung des Peritoneums mit

dem einklemmenden innern Schenkelring stattgefunden hatte. Die so zwischen den Bauchdecken gebildete Höhle, welche die $1^1/_2$ Fuss lange vorgefallene Darmschlinge aufnahm, hatte die doppelte Grösse einer Männerfaust, so dass trotz aller Mühe der einklemmende Ring mit dem Finger nicht hatte erreicht werden können. Man hätte in diesem Falle entweder die Punction des Darms machen müssen, oder die Digitaluntersuchung unter stärkerem Hervorziehen der gauzen eingeklemmten Darmpartie vornehmen müssen.

2. Sophie Rosch, 57 Jahr alt. Seit 4 Tagen eingeklemmter rechtsseitiger Inguinalbruch. Nur am 1. Tage einmal Erbrechen, seitdem nicht wieder; Stuhl seitdem aber angehalten. Allgemeinbefinden auffallend gut, so dass Patientin die Gefahr, in welcher sie schwebt, nicht ahnt. — In der rechten Inguinalgegend über faustgrosse, prall gespannte, deutlich fluctuirende Geschwulst. Haut darüber ödematös, leicht geröthet, heiss. Der Infiltration halber ist ein in die Tiefe sich fortsetzender Stiel nicht zu fühlen. Kein Versuch der Reposition. Operation. Bruchsack missfarbig, grünschwarz, gangränös, mit fauligem Bruchsackwasser prall gefüllt. Den Inhalt bildete eine 2thalerstückgrosse gangränöse Netzpartie und eine kleine ebenfalls gangränöse Darmschlinge. Nach Erweiterung des einklemmenden Ringes mittelst des debridement multiple zog ich die Darmschlinge etwas an, um die strangulirte Stelle zu Gesicht zu bekommen. Dabei fiel der etwas geröthete proc. vermiformis vor, und es war nun klar, dass die Darmschlinge nur einen kleinen Theil der einen Wand des Coecum darstellte. Ich nähte dieselbe nun einfach in die Leistenöffnung ein, ohne sie zu eröffnen, da die Kothcirculation durch diese hernia littrica kaum ganz unterbrochen sein konnte, wie auch das mangelnde Erbrechen bewies. Sorgfältige Ausspülung der Wunde mit starker Carbolsäure. Lister. — Es erfolgte nicht die geringste Reaction, Patientin fühlte sich im Gegentheil sofort ausserordentlich erleichtert, obwohl erst am 4. Tage Defaecation erfolgte. Die Wunde reinigte sich und füllte sich mit guten Granulationen. Bei der raschen Schrumpfung der letzteren konnte der Abstossungsprocess des gangränösen Darmstücks kaum beobachtet werden, doch zeigte sich vom 14. Tage an ein wenig Koth dem Eiter beigemischt; mit der Vernarbung der Wunde heilte indessen auch die Darmfistel ohne Anstand.

Debove. Note sur les lymphangites cancéreuses.

(Le Progrès médical 1874. No. 6.)

D. hat viele Untersuchungen der zwischen einem Carcinom und carcinomatös inficirten Drüsen gelegenen Lymphgefässe gemacht und dieselben sehr häufig auch carcinomatös gefunden. Das meiste Untersuchungsmaterial lieferten Frauen mit Brust-Krebsen, bei denen sich secundäre Tumoren auf der Lunge und dem Diaphragma fanden.

Die subpleuralen Lymphgefässe eignen sich aus naheliegenden Gründen am besten für die Untersuchung. D. fand nun auf der Oberfläche der Lunge zahlreiche, verschieden grosse, sternförmige Knötchen, deren strahlenförmige Verlängerungen mit analogen Verlängerungen, die von benachbarten Knötchen ausgingen, anastomosirten. Die Form der auf diese Weise gebildeten Netze brachte D. auf den Gedanken, dass es Lymphgefässe seien, welches sich bei der mikroskopischen Untersuchung bestätigte. Die Knötchen zeigten sich als Carcinome, die nichts Besonderes darboten. Bei der Untersuchung der Fortsätze fand D. an einigen Stellen einen Canal, ausgekleidet mit mehreren Lagern grosser Zellen, und im Centrum einen Raum, der Flüssigkeit enthielt, die Verf. für Lymphe erklärt (diese Flüssigkeit war in D.'s Alkohol-Präparaten coagulirt). Die grossen Zellen schienen ihm wegen ihrer grossen Aehnlichkeit mit den Zellen des ursprünglichen Tumors Krebszellen zu sein. Weiterhin war der Canal von diesen Elementen vollständig obliterirt und wo die Erkrankung weiter fortgeschritten war, sah man starke Verbindungs-Querbalken, welche Alveolen bildeten und die Lichtung des Lymphgefässes verschlossen. Die grösseren Krebsknoten hält D. für solche, die sich im Innern des Lymphgefässes entwickelt, die Wände durchbrochen und sich dann im Nachbar-Gewebe ausgebreitet haben. — Verf. zieht aus seinen Befunden den Schluss (entgegen Virchow — Geschwülste Bd. I, p. 49), dass es sich um Carcinom-Bildung an Ort und Stelle handelt, nicht um Fortsätze des primitiven Tumors in die Lymphgefässe hinein, meint also, dass es eine carcinomatöse Lymphangitis (lymphangite cancéreuse) giebt. — Zwischen Carcinom der Mamma und degenerirten Achseldrüsen hat D. wegen der Schwierigkeit der Untersuchung keine carcinomatöse Lymphangitis constatiren können, meint aber, dass in den Fällen, wo nach Exstirpation der Mamma und der entarteten Achseldrüsen in der Umgebung der Wunde oder Narbe Knötchen erscheinen, es sich nicht um eigentliche Recidive handelt, sondern um schon bei der Operation vorhanden gewesene krebsige Degeneration der Lymphgefässe. — Wenn man die grossen serösen Höhlen als Lymphräume ansieht, dann ist es verständlich, wie dieselben als Wege für die Generalisation des Krebses dienen können, worauf schon vor langer Zeit Virchow aufmerksam gemacht hat. Man sieht bei penetrirendem Brustkrebs auf der Pleura mitunter disseminirte Krebsknötchen, und zwar ohne Adhäsionen zwischen den beiden Blättern, während im Innern der Lunge keine oder nur sehr wenige Knötchen sich finden. — Meistens entwickelt sich die Lymphangitis carcinomatosa nach der Richtung des Lymphstroms, es kommen aber Ausnahmen vor. So sah Charcot in Folge eines Carcinoms der Achselhöhle secundäre Tumoren sich am Ober- und Vorderarm entwickeln: Rückfluss der Lymphe oder Verbreitung durch die Lymphgefäss-Wandungen?

Petersen (Kiel).

L. Griffini. Contribuzione alla patologia generale del tessuto epitelico cilindrico.

(Gazzetta delle cliniche 1874. No. 32.)

Schon Wahlberg führt an, dass in der Umgebung von tuberkulösen Geschwüren an den Stimmbändern statt Cylinderepithel sich Pflasterepithel vorfinde. Dieselbe Veränderung an den Epithelien fand G. um jedes Geschwür unabhängig von dessen Sitz (Trachea, Bronchien). Das Pflasterepithel ist bald einfach, bald mehrfach geschichtet. Auch über Tuberkelknötchen, welche nicht zum Durchbruch gelangt sind, findet sich Pflasterepithel. Dasselbe geht in weiterer Umgebung allmälig in Cylinderepithel über. An den Cylinderepithelzellen selbst konnte G. (durch Hämatoxylin) mehrfache Kerne, bis 5, nachweisen.

Wenn man durch eine Trachealfistel mit einer scharfen Klinge das Cylinderepithel abkratzt, so findet man nach 4—5 Tagen an der abgeschabten Stelle ein- oder mehrschichtiges Pflasterepithel. Ein etwa noch bestehendes Geschwürchen, sowie das umgebende neugebildete Pflasterepithel ist durch ein dünnes croupöses Häutchen bedeckt.

Wenn man durch eine Trachealfistel in die Luftwege des Hundes eine verdünnte Ammoniaklösung einspritzt, so entsteht eine starke Hyperämie der Schleimhaut mit katarrhalischem Secret (schleimig), flösst man eine concentrirtere Ammoniaklösung ein (22° B), so entsteht ein wirkliches croupöses Exsudat, die Croupmembran löst sich auf Zusatz von Essigsäure; die Schleimhaut darunter ist der Epithelien beraubt. Nur in der Mündung der Schleimdrüsen finden sich einzelne Epithelien. Eben diesen Ausführungsgängen entsprechend ist die Croupmembran hügelartig emporgewölbt durch das unter die Membran ergossene Schleimdrüsensecret. Die angeführten Charaktere, sowie die Structur der Membran, ihr Glanz etc. lassen die Pseudomembran mit den am Menschen beobachteten Croupmembranen als identisch erscheinen. In den frisch untersuchten Fällen fanden sich in den Membranen keine Coccobacterien. Die angeführten Beobachtungen sprechen gegen jede Specifität des Croups.

Bei der katarrhalischen Entzündung stossen die Flimmerzellen einen Theil ihres Protoplasmas in Verbindung mit dem flimmernden Saum aus und geben so den sogenannten Flimmerkugeln Entstehung, welche z. B. im flüssigen Exsudate der Coryza beobachtet wurden. Wahrscheinlich leiten die sog. Becherzellen auf dieselbe Weise ihre Entstehung her.

Menzel (Triest).

Huguenin. Zur Casuistik des multiplen Sarcoms.

(Arch. d. Heilkunde 1874. p. 290—306. 1 Tafel.)

Ein 39jähriger Schneider wurde unter den Erscheinungen allgemeiner Depression der Motilität und Sensibilität, verbunden mit Unbesinnlichkeit behandelt und starb endlich unter fortdauerndem Fieber

und nachdem sich eine rechtsseitige Pneumonie entwickelt hatte. Während des Lebens wurde noch Arterio-Sclerose, hypertrophisches Fettherz, globulöse Vegetationen im linken Ventrikel, Emphysem diagnosticirt. Die Hirndiagnose blieb zweifelhaft. Bei der Section finden sich mehrfache erbsen- bis bohnengrosse subcutane Tumoren, welche mit kleinen apoplectischen Heerden durchsetzt sind. Im Grosshirn, ausser einem nekrotischen, wahrscheinlich wohl embolischen Heerde, zahlreiche kleinere und grössere Tumoren, von denen einzelne den Umfang einer Kirsche und selbst einer Wallnuss erreichen. Sie haben einen festen, gelblichen trocknen Kern und sind aussen mit bräunlich-blutigen Massen umgeben, zwischen welchen beiden sich die nicht breite Zone der eigentlichen Neubildung befindet. Im linken Ventrikel finden sich in einem abgesackten Raume emporwuchernde, globulöse Vegetationen, welche in ihrem Innern viele kleine Höhlen mit bräunlicher, emulsiver Flüssigkeit gefüllt zeigen. In der Milz sind festere gelblichgraue Stellen, welche sich vom umgebenden Gewebe nicht ganz scharf scheiden. Im Mesenterium viele erbsengrosse Knötchen von dunkler Farbe; 10—12 analoge auch auf dem Peritonäalüberzuge des Dünn- und Dickdarms. Auch in der Thyreoidea finden sich Neubildungen neben Cystenkropf.

Ausser einer abgelaufenen Endo-Pericarditis, Aneurysma Cordis, Pneumonie handelt es sich um multiple Neubildungen.

Indem wir die Einzelheiten der sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung der Tumoren übergehen, erwähnen wir nur, dass sich als Resultat folgende Eigenschaften derselben ergaben:

1) »Entwicklung vom Bindegewebe der Gefässe aus. 2) Destruction der Gefässe durch den Process und daraus resultirende massenhafte Hämorrhagieen. 3) Composition aus einem gleichmässigen bindegewebigen Stroma, Einlagerung in dasselbe von Zellen, welche kurzlebig sind und schnell der fettigen Degeneration verfallen. 4) Malignität insofern, als da, wo die verschleppten Zellen hängen bleiben, ein gleichartiger Tumor aufsprosst«.

Verf. steht nicht an, die Geschwulst im Hirn ein Sarcoma haemorrhagicum zu nennen, womit der Befund auch in vollem Einklange steht.

In den Vegetationen des Herzens fanden sich dieselben Geschwulstcolonieen. In der Milz nähert sich die Neubildung dem Spindelzellensarcom. Die kleinen Tumoren im Peritoneum und in der Cutis zeigen dieselben Verhältnisse, wie die Hirngeschwülste, während sich in der Thyreoidea ein schönes Riesenzellensarcom ausgebildet hat. In Bezug auf das Nähere, besonders was die Ansichten des Verf. über die Bildung der Riesenzellen, ihre nahen Beziehungen zum gewöhnlichen Sarcom, und über die Ausbreitungsweise des Tumors, der seinen primären Sitz wahrscheinlich im Hirn gehabt und sich von dort durch Embolie verbreitet hat, anlangt, wolle man das Original nachlesen, welches des Interessanten viel bietet.

A. Bidder (Mannheim).

Richard Schulz. Klinisch-anatomische Betrachtung über das »Desmoidcarcinom«.

(Arch. d. Heilkunde 1874. p. 193—238. 2 Tafeln.)

Nach einer flüchtigen, historischen Uebersicht bis jetzt bekannt gewordener Arbeiten über gewisse Lymphdrüsentumoren, welche von den verschiedenen Autoren bald als »medulläre Carcinome mit lymphdrüsenähnlicher Structur«, bald als »Lymphome«, als »multiple Lymphadenome ohne Leukämie«, als »Lymphosarcome« etc. bezeichnet und beschrieben worden sind, und nach einer kurzen Uebersicht über den jetzigen Stand der Carcinomfrage, bringt Verf. 6 Krankengeschichten, in denen es sich um derartige Tumoren handelt, welche genau untersucht wurden. (Im 7. Fall fehlt eine Krankengeschichte zu dem vorhandenen älteren Spirituspräparat.) Die Fälle betrafen Kranke des verschiedensten Alters, welche mit verbreiteten, zum Theil sehr grossen, weichen Anschwellungen der inneren und äusseren Lymphdrüsen behaftet waren.

Ausser diesen fanden sich bei der Section noch mehrfach andere Organe afficirt und degenerirt, so in einigen Fällen auch Milz, Leber, Hoden, in anderen die Peyer'schen Plaques, Herzfleisch, Knochen, manches Mal auch Netz und Nieren. Die mikroskopische Untersuchung erwies, dass die Neubildung in den Lymphdrüsen und den übrigen Organen vollständig gleich war, d. h. eine rein bindegewebige, und dass überall, wo sie wucherte, die in der Nähe befindlichen epithelialen Gebilde untergingen. Wahrscheinlich gehe dieselbe von den Endothelien der perivasculären Lymphräume und ebenso von Endotheloidzellen der Lymphröhren zwischen den Bindegewebsfibrillen aus. Die neugebildeten Zellen fasern die Adventitia der Gefässe auf, deren Verlauf sie überhaupt folgen. Verf. glaubt nun dieser Neubildung, deren nähere Beschreibung im Original nachzusehen ist, den Namen »Desmoidcarcinom mit reticulärem Gewebe« geben zu müssen.

Aus diesen Beobachtungen und anderen in der Literatur verzeichneten Fällen wird nun ein in klinischer und anatomischer Beziehung begrenztes Krankheitsbild zusammengestellt. Verf. hebt dabei hervor, dass die genannte Krankheit von den bisher beschriebenen Tumoren verschieden sei, dass sie besonders mit dem Sarcom nichts anders gemein habe, als den bindegewebigen Ursprung, erwähnt aber durchaus nicht, worin sich sein »Desmoidcarcinom« eigentlich vom Sarcom unterscheide. Endlich polemisirt er auch mit grossem Eifer gegen Waldeyer und Billroth, weil sie sich in der Carcinomfrage auf den »rein pathologisch-anatomischen Standpunct« stellen. Der Kliniker sei doch auch massgebend. Dabei argumentirt Verf. unter Anderem folgendermassen: »Es giebt doch entschieden viele Fälle, in denen mit vollem Recht von dem Kliniker die Diagnose auf Krebs gestellt ist, bei denen sich aber bei der Section kein Krebs von dem charakteristischen Bau der Epithelialcarcinome findet. Soll nun deswegen, nur weil dieser Bau in der betreffenden Neubildung

fehlt, dieselbe nicht Krebs genannt werden«? — Solche Aeusserungen bedürfen wohl keines Commentars, sind nur um so erstaunlicher, als Verf. selbst sich bei der Beschreibung und Benennung seiner Tumoren hauptsächlich auf den pathologisch-anatomischen Standpunct stellt: er nennt die Neubildung Desmoid, um den rein bindegewebigen Ursprung derselben anzudeuten, fügt aber noch Carcinom hinzu, nur um die Bösartigkeit anzudeuten, und um mit diesem, seinem Wunsche nach, unbestimmten Begriff dem Kliniker die Krebsdiagnose zu erleichtern.

(So sehr herausfordernd zur Kritik vorliegende Arbeit auch ist, so glaubt Ref. auf eine solche, als nicht hierher gehörig, doch nicht weiter eingehen zu dürfen. Er kann aber die Bemerkung nicht unterdrücken, dass Verf. mit seiner »Betrachtung« und seinem Feldzug gegen die Vertreter des rein pathologisch-anatomischen Standpunctes wohl wenig Glück haben wird.) **A. Bidder** (Mannheim).

Lücke. Ausschneidung des zweiten Astes des Nervus trigeminus nach temporärer Resection des Jochbogens.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. IV. Hft. 4.)

Verf. hat in einem Falle von Neuralgie die Excision eines 9—10 Mm. langen Stückes des 2. Astes des N. trigeminus von der Seite her in der fossa sphenomaxillaris mit Erfolg vorgenommen. Die von L. mehrfach an der Leiche und in dem erwähnten Falle geübte Operationsmethode soll vor den Methoden, welche mit Resection eines Theiles des Oberkiefers verbunden sind, den Vortheil haben, dass sie weniger verletzend und weniger entstellend ist. Die Ausführung der Operation ist folgende: der äussere Schnitt beginnt 2—3 Mm. vom äusseren Orbitalrand, etwa 1 Cm. oberhalb des äusseren Augenwinkels und verläuft schräg nach vorn abwärts bis in die Gegend des 3. oberen Backzahnes, an den Ursprung des Proc. zygom. des Oberkiefers. Von diesem Schnitte aus durchtrennt man mit einem schmalen Messer die Weichtheile an der hinteren Fläche des Jochbeines, und durchsägt dann dieses mit der Kettensäge, deren Schneide dabei stark gegen die Mittellinie gewendet ist, so dass der Knochen schräg durchschnitten wird; dadurch gewinnt man mehr Raum und später eine gute Stütze für den temporär abgetrennten Knochen.

Von dem unteren Ende des ersten Schnittes wird ein zweiter, schräg nach hinten aufsteigend auf dem unteren Rande des Jochbeines gleich bis durch das Periost geführt, und der ringsherum entblöste Proc. zygom. des Schläfebeins mit einer Knochenzange durchschnitten, worauf man nach scharfer Abtrennung der Insertion des Masseter vom Jochbogen die übrigen Weichtheile stumpf ablösen und den Lappen, der das Jochbein enthält, hinaufklappen kann. Zuweilen muss man Fasern des vorderen Randes des M. temporalis durchschneiden, ehe man das die fovea sphenomaxillar. füllende Fett sammt dem

grossen Venenplexus zurückschieben kann. Es wird so zugleich die Art. maxill. int. aus dem Operationsfelde gedrängt. Darauf sucht man mit der Sonde die Fiss. orb. inf. auf, isolirt die von derselben nach hinten und oben verlaufenden Stränge, und hakt den 2. Ast des Trigeminus an; denselben kann man leicht von der Art. infraorbitalis unterscheiden, da sie kleiner ist, und von aussen, hinten und unten kommt, während man, den Nerven verfolgend, an das Foramen rotundum gelangt. Man schiebt dann ein feines Tenotom möglichst weit in den Canalis infraorb. und durchschneidet hier den Nerven peripher, dann erst mit einer gekrümmten Scheere am For. rotundum.

Einzelne Fasern des N. alveolar. sup. werden schon bei diesem Acte mitgetroffen; will man denselben aber vollständig durchtrennen, so entfernt man das hintere Periost des Oberkiefers und die oberflächlichen Knochenlamellen, ohne Eröffnung der Highmorshöhle. Die Wunde wird sorgfältig gereinigt und nach Einlegung eines Drainagerohres oder Gazestreifens vernäht.

Die Blutung ist im Ganzen nicht beträchtlich und kann bei Verletzung von Aesten der Art. max. int. ohne Schwierigkeit gestillt werden, indem man den Stamm dieser Art. hinter dem Proc. coronoid. hervorholt und unterbindet.

Dieselbe Operation ist auch am Platze, wenn es sich um eine Neuralgie des N. alv. sup. allein handelt; dabei genügt die Abtragung des Periosts und der hinteren Knochenwand des Kiefers.

In dem von L. operirten Falle folgte höheres Fieber und Schwellung der Gesichtshälfte, bedingt durch Secretverhaltung. Zugleich dauerten die Schmerzanfälle fort, wahrscheinlich bedingt durch entzündliche Reizung des centralen Nervenstumpfes, denn mit der Entzündung nahmen auch die Schmerzanfälle ab, deren letzter drei Wochen nach der Operation eintrat. Ein unangenehmer Umstand stellte sich im Verlaufe der Heilung heraus, nämlich Kieferklemme, wahrscheinlich durch Narbenbildung am Musc. masseter bedingt.

Gersuny (Wien).

E. Löri in Buda-Pest. Zur Technik der Laryngoskopie.

(Pester med. chir. Presse 1874. No. 25.)

Um die vordere Fläche der hinteren Kehlkopfswand und namentlich der hinteren Trachealwand der Inspection besser zugänglich zu machen, als es bisher mit Hülfe des gewöhnlichen Kehlkopfspiegels möglich war, verwirft Verf. die Kehlkopf-Prismen als zu lichtschwach, zu schwierig zu handhaben und zu unbequem für den Kranken. Dagegen empfiehlt er folgende von ihm erfundene und erprobte Methode. Ein grosser, runder Kehlkopfspiegel, an welchem die untere Hälfte der spiegelnden Fläche unter einem nach vorn offenen Winkel von 125° gegen die obere geneigt ist, wird möglichst vertical in der gewöhnlichen Weise der hinteren Rachenwand genähert. Ein zweiter kleinerer Spiegel, dessen spiegelnde Fläche sich auf der dem Griffe

abgewandten Seite befindet, wird ebenfalls vertical etwa in der Höhe der Epiglottis eingestellt. Die obere Hälfte des grossen, oberen Spiegels wirft Licht in Larynx und Trachea; die untere empfängt von dem tiefer und nach vorn stehenden kleinen Spiegel das Bild der hinteren Larynx-, resp. Trachealwand, um es dem beobachtenden Auge zuzuführen. Je tiefer beide Spiegel gehalten werden, desto lichtstärker das Bild. Durch Drehung des unteren (kleinen) Spiegels um seine Horizontalaxe bekommt man beliebige Partieen der Strecke zwischen hinterer Larynxwand und hinterer Peripherie der Bifurcation zu Gesicht. Der untere Spiegel kann, wenn nöthig, gleichzeitig als Aufrichter der Epiglottis benutzt werden. **Rupprecht** (Halle).

E. Rotter. Arterienligatur bei Elephantiasis Arabum.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

In der Erlanger Klinik wurde ein Mann von 20 Jahren an Elephantiasis des rechten Unterschenkels und Fusses behandelt. Vor $2\frac{1}{2}$ Jahren war der bis dahin gesunde Pat. an einem Hautausschlage erkrankt, welcher zur Borkenbildung an allen vier Extremitäten führte; ausser am rechten Unterschenkel heilte der Ausschlag überall, dort jedoch bildete sich um die Borke eine harte, oberflächlich nässende Anschwellung, die sich allmälig nach unten über den Fuss und nach oben über den Unterschenkel ausbreitete. Vor der Unterbindung der rechten Art. femor. war der Umfang des rechten Unterschenkels in der Mitte um $13\frac{1}{2}$ Cm. grösser, als der des linken, der des rechten Fusses fast doppelt so gross, als der des linken. Nach der Unterbindung nahm der Umfang der kranken Extremität rasch ab, vom 10. Tage an lösten sich die dicken Epidermisschollen unter Eiterung und hohem Fieber. 10 Wochen nach der Unterbindung war das Volumen des kranken Beines (unter gleichzeitiger Compression) so vermindert, dass eine weitere Abnahme nicht mehr erwartet wurde, weil die noch bestehende Volumsdifferenz der Extremitäten fast nur durch Verdickung der Knochen bedingt schien.

Ein halbes Jahr später war das Bein wieder etwas dicker geworden und von einem nässenden Ekzem bedeckt, doch functionstüchtig. Die empfohlene methodische Compression war vernachlässigt worden. **Gersuny** (Wien).

Rodolfo Rodolfi. Nuovo metodo nella cura dell' idrocele con l'elettricità.

Die neue Methode besteht in Folgendem. Zunächst wird die Punction der Hydrocele vorgenommen, sodann durch den Troicart eine bis auf den Knopf isolirte Sonde in die tunica vaginalis eingeführt; die Sonde wird mit dem negativen Pol einer Batterie von 1—4 Bunsen'schen Elementen verbunden, während die positive Electrode,

eine Metallplatte, in die Gegend der Leistenapertur aufgelegt wird. Die Sonde wird in der Scheidenhöhle ca. 10 Minuten auf und ab bewegt. Die Reaction hierauf ist nicht unbedeutend. Von 8 so operirten Fällen heilten 3 radical, bei zweien musste die Operation wiederholt werden (bis 3 Mal), einer blieb ungeheilt und bei zweien musste zur Drainage die Zuflucht genommen werden. Die Heilungen selbst sind auch nicht glatt verlaufen. In 1 Falle (4.) trat eine partielle Vereiterung der tunica auf, in 1 zeigte sich eine begrenzte Gangrän (5.) um die Einstichsstelle, in einem andern (8.) scheint eine chronische Orchitis zurückgeblieben zu sein.

(Die Behandlung der Hydrocele mit Einspritzung von Jodtinctur ist so einfach und sicher, dass man kaum das Bedürfniss neuer Verfahren empfindet. Die obbenannten Resultate können höchstens vor der neuen Methode abschrecken.) **Menzel** (Triest).

Duplay. Des fistules ano-périnéales.

(Le Progrès médical 1874. No. 5 u. 6.)

D. empfiehlt in einer Vorlesung, Mastdarmfisteln, nach der Spaltung mittelst Bistouri oder Ecraseur linéaire, noch mit dem Glüheisen zu cauterisiren, damit der Brandschorf »die Absorption von Fäcal- und Eitermassen hindere« und die Wunden gegen Reizungen von Seiten der Excremente schütze, und damit die der Heilung hinderlichen Fungositäten zerstört werden. — Die nach Mastdarm-Operationen oder bei Mastdarm-Affectionen auftretende Urinverhaltung rührt nach D. von einer Reflex-Contractur des Blasenhalses, oder von einer Reflex-Parese der Muskelfasern der Blase her. Letzteres war bei dem Fall, den D. seinem Vortrag zu Grunde legte, die Ursache der Urinverhaltung. 6 Tage nach der Operation musste noch immer der Katheter angewendet und der Urin durch starken Druck von aussen entleert werden. **Petersen** (Kiel).

Kleinere Mittheilungen.

Duguet. Note sur un cas d'argyrie consécutif à des cautérisations répétées de la gorge avec le crayon de nitrate d'argent.

(Journ. de thérapeutique 1874. No. 13.)

Eine 46jährige Näherin, die an einer chronischen Pharyngitis und Anschwellung der Tonsillen litt, liess sich ein Jahr lang ein- bis zweimal wöchentlich den Rachenraum mit dem Lapisstift ausätzen und setzte auch später noch auf eigene Faust die Cauterisationen längere Zeit fort. Die nach den Aetzungen sich ablösenden Schorfe waren von der Kranken von Anfang an stets hintergeschluckt worden. Schon nach Ablauf eines Jahres zeigte das Gesicht eine bläuliche Färbung und bei den fortgesetzten Cauterisationen nahm die Haut der Kranken allmälig eine dunkle Schieferfarbe an. Diese Farbe war auf dem Gesicht am stärksten ausgesprochen und nahm von da nach den Extremitäten hin gleichmässig ab. Die blonden Haare waren unverändert, ebenso die Scleroticae. Lippen, Zunge und Zahnfleisch er-

schienen roth, letzteres auch ohne bläulichen Rand. Dagegen war die Gaumenschleimhaut grau gefärbt und namentlich zeigten die Gaumenbogen eine intensive Verfärbung. Dieselbe graublaue Farbe zeigte auch die hintere Pharynxwand. Die Tonsillen waren kaum sichtbar, ohne jede Ulceration.

D. glaubt, dass die Resorption des Metalles in dem beschriebenen Falle nicht in loco erfolgt sei, sondern auf dem Digestionswege in Folge des consequenten Hinterschluckens der Aetzschorfe. Er tritt damit der Ansicht Charcot's und Bell's entgegen, die bei einem ganz analogen von Krishaber mitgetheilten Fall die Resorption des Silbers durch die geätzte Schleimhaut annehmen. Die Schlüsse, die D. aus dem mitgetheilten Fall zieht, gehen dahin, dass nach lange fortgesetzten Canterisationen des Schlundes Argyrose eintreten kann, dass diese Fälle aber sich in nichts von denen, die durch innern Gebrauch des Argentums entstehen, unterscheiden, und dass endlich die bläuliche Färbung des Zahnfleischrandes kein constantes Symptom der Argyrose sei. **O. Volkmann** (Halle).

Böke. 2 Fälle von tödtlicher Ohrblutung. Vortrag, gehalten in der Budapester k. Gesellschaft der Aerzte am 27. Juni 1874.

Der Vortragende ist gegen Carotisunterbindung bei Ohrblutungen durch Caries. Derselbe secirte kürzlich 2 Fälle:

1) 22jähr. Mann. Seit Jahren Otorrhoe links. Facialislähmung. Plötzlich heftige Ohrblutung, mit Unterbrechungen 14 Tage andauernd. Behandlung: Injectionen von kaltem Wasser. Tod unter Krämpfen. Tegmentum tympani, vordere und untere Wand der Trommelhöhle, sowie Canalis facialis »nekrotisch zerstört«. Hintere Wand der Carotis schmutzig bräunlich, jedoch nicht zerstört. Quelle der Blutung: bulbus venae jugularis.

2) 43jähr. Matrose kommt am 8. April in's Hospital mit geringer Ohrblutung, welche auf Anwendung von Liquor Ferri steht. 11. April Tod durch profuse Blutung. — Obduction ergab Caries des tegmentum tympani. Communication des sinus petrosus inferior mit der Trommelhöhle. **Rupprecht** (Halle).

Millard et **L. Hemcy.** Un cas de croup chez un enfant de quatorze mois et demi. Trachéotomie — Guérison.

(Journ. de thérapeutique 1874. No. 15.)

Der in ausführlicher Krankengeschichte mitgetheilte Fall ist nach mehreren Seiten hin recht interessant. — Der Croup entstand und verlief sehr rapid und erforderte bereits am 2. Tage, nachdem sämmtliche Symptome sich auf das höchste gesteigert hatten und alle Mittel im Stich liessen, die Tracheotomie. Erst nach mehreren künstlichen Respirationen trat wieder regelmässige Athmung ein und der Zustand besserte sich rasch. Die Kanüle wurde bei stetig zunehmender Besserung schon vom 4. Tage auf kurze Zeit entfernt und am 8. Tage definitiv weggelassen. Die Heilung ging ohne weitere Störung vor sich und nach wiederholter Aetzung der üppigen Granulationen war die Benarbung am 24. Tage beendet. Nach einigen Tagen abermals Husten, Heiserkeit und behinderte Respiration. In einem kräftigen Hustenanfall wurde ein erbsengrosser, rundlicher, dunkelrother und deutlich gestielter Körper expectorirt. Bei der genauen Untersuchung erwies sich derselbe als ein altes, ziemlich festes Blutcoagulum von vollständig polypöser Natur. Nach seiner Entfernung blieb die Respiration dauernd frei.

Bemerkenswerth ist in diesem Fall das sehr jugendliche Alter des Patienten, da im Alter unter 2 Jahren der wahre Croup selten ist und der Erfolg einer Tracheotomie nur zu den seltenen Ausnahmen gehört. Besondere Aufmerksamkeit verdient ferner das Auftreten eines polypenartigen Körpers längere Zeit nach der Operation. In einigen analogen von M. angeführten Fällen handelte es sich um gewucherte Granulationsknöpfe, die auf dem innern Theil der Wunde gestielt aufsitzend durch eine plötzliche Exspiration in die Glottis getrieben wurden und hier heftige spastische Anfälle verursachten. Im obigen Fall bestand, wie bereits er-

wähnt, der Polyp aus einem festen Coagulum, das bei der Kürze seines Stieles ursprünglich keine Störungen veranlasste. Erst als mit der Abtrennung der Basis der Körper mobiler wurde, entstanden von neuem dyspnoische Erscheinungen.

O. Volkmann (Halle).

H. Hartwig. Ein Fall von intermittirender Paralysis spinalis.

Inaug.-Diss. Halle 1874.

Ein 23jähriger Arbeiter leidet seit November 1873 an einer im Tertiantypus auftretenden Spinalparalyse. Ohne Frost oder überhaupt Störungen im Allgemeinbefinden befällt ihn jeden dritten Tag eine von den Füssen langsam aufwärts bis auf Arme und Hals sich verbreitende totale Lähmung. Besinnung, Sprache, Schlucken, Puls, Athmen, Excretionen dabei ungestört. Nach 24 Stunden verschwindet die Lähmung in absteigender Ordnung unter Schweiss im Verlauf einer halben Stunde. An den freien Tagen vollkommene Gesundheit bis auf ein Mattigkeitsgefühl und herabgesetzte electromuskuläre Erregbarkeit der Extremitätenmuskeln. Sensibilität, Temperatur-, Druck- und Ortssinn jederzeit ungestört. Dagegen Reflex- und faradische Erregbarkeit zur Zeit der Lähmung aufgehoben. 5 Jahre vor jetziger Krankheit Intermittens durchgemacht. Milzvergrösserung, Temperatursteigerung oder abnorme Harnzusammensetzung weder zur Zeit der Lähmung, noch des Intervalles nachweisbar. Chinin, Arsen, Secale cornutum, Strychnin (letzteres wurde in sehr grossen Dosen vertragen) hatten nur vorübergehenden Erfolg, am meisten noch das Chinin. **Rupprecht** (Halle).

C. A. Valle. Cisti dermoide dell' ovaja.

(Gazzetta delle cliniche 1874. No. 26.)

Ein 36jähriges Bauernweib litt seit mehr als 10 Jahren an einer Dermoidcyste, die schliesslich einen enormen Umfang erreicht hatte. Den 21. März wurde die Punction vorgenommen und 5 volle Stunden der dicke, mit Haaren durchsetzte Inhalt entleert, da er jeden Augenblick den Troicart verstopfte. Nach diesen 5 Stunden begannen erst die Auswaschungen der Cyste mit Wasser, das so lange ein- und ausgespritzt wurde, bis es klar ausfloss. Die Kranke war 8 Tage darauf eine Leiche.

Es ist nicht einzusehen, warum V. sich so viele Mühe gab, die Cyste leer und rein zu haben. Dachte er sich etwa, dass eine einfache Punction eine Dermoidcyste heilen könnte? (Ref.). **Menzel** (Triest).

Carlo Prelli. Voluminoso Fibroma uterino.

(Gazzetta delle cliniche 1874. No. 28.)

Eine 38jährige Wittwe litt an einem Uterusfibrom, welches nahezu die ganze untere Bauchhälfte erfüllte und die gewöhnlichen Beschwerden (Blutungen etc.) verursachte. Es wurden 3—5 Jodtincturinjectionen in die Uterushöhle vorgenommen und die Geschwulst bildete sich innerhalb 3 Monate zurück bis auf den Umfang des Kopfes eines 6monatl. Fötus. Die Injectionen wurden ohne vorherige Dilatation des Cervicalkanals vorgenommen und die eingespritzte Flüssigkeit nach wenigen Minuten wieder ausgelassen. Die Jodtinctur wurde durch etwas Glycerin verdünnt (Jodtinctur 2, Glycerin 1). **Menzel** (Triest).

Gerolamo Mò. Cenni sopra 13 autopsie di ammalati morti per coxalgia.

M. beschreibt mit der grössten Ausführlichkeit 13 Sectionsbefunde bei Coxitis, indem er darauf hinweist, dass wir gerade hierin nicht an Ueberfluss leiden. Bei 6 von den 13 war mehr oder minder ausgebreitete Tuberculose nachweisbar.

Menzel (Triest).

A. Menzel. Due casi di osteomielite spontanea acuta del femore.

(Gazz. med. ital. Lombardia. 1874. Tomo I.)

Der erste Fall betraf ein 12jähr. Mädchen. Am Donnerstag Morgens noch gesund, war sie am folgenden Montag eine Leiche. Als sie aus der Schule zurückkehrte, klagte sie über Schmerzen im linken Oberschenkel. Kein Initialfrost. Leichte Anschwellung des ganzen Oberschenkels, bei Druck gegen den Knochen überaus empfindlich. Mitbetheiligung des Knie- und Hüftgelenks. Heftiges Fieber, Delirien, Sopor, trockene Zunge, keine Milzanschwellung, kein Meteorismus, kleiner, schneller Puls, Tod am 5. Tage der Erkrankung. Die Section wurde nicht gestattet (Privatpraxis).

Der zweite Fall betraf ein 20jähr. Mädchen; die Osteomyelitis entwickelte sich nach einem ganz leichten Fall von einem Stuhl. Ausgedehnte Abscesse, Drainagirungen. Der Tod trat 68 Tage nach dem Falle ein. Obductionsbefund: die zwei unteren Drittel des Femur sind vom Periost entblösst, mit Osteophyten bedeckt, im Knochen selbst findet sich ein Fistelgang, welcher zum Markkanal führt. Im Knochenmark zahlreiche verschieden geformte Eiterherde, der Eiter war meist käsig eingedickt, der Process hörte an der Epiphysengrenze scharf auf.

Menzel (Triest).

Mr. Maunder's clinic. London hospital.

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 8. p. 146.)

Bericht über das Endresultat von 4 vor längerer Zeit vorgenommenen Operationen, leider sehr kurz.

1) 15jähriges Mädchen, vor 3 Jahren Hüftgelenkresection unter dem grossen Trochanter. Verkürzung des Fusses um 4 Zoll, theils auf das Wegfallen von Knochenpartieen bei der Operation, theils auf Wachsthumshemmung aller Knochen der Extremität zu beziehen. Das Bein ist brauchbar (wie?), Flexion, Extension, Rotation in einigem Grade möglich.

2) Amputation nach Pirogoff wegen Verletzung bei einem Mann vor 12 Jahren. Sehr guter Stumpf.

3) Amputation nach Pirogoff wegen einer Verletzung bei einem 18jährigen Patienten vor 3 Jahren. Vorzüglicher Stumpf.

4) 12jähr. Mädchen, vor 2 Jahren Resection des rechten Kniegelenks. Feste Vereinigung, brauchbares Bein (wie?). Der rechte Schenkel ist $2^1/_4$ Zoll kürzer, als der linke, die rechte Fibula um $^3/_4$ Zoll kürzer, als die der anderen Seite.

Ranke (Halle).

Maunder. New operation for exostosis. London hospital.

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 8. p. 146.)

Ein 16jähr. Patient hatte eine Exostose an der Aussenseite des linken Femur, in der Nähe des Kniegelenks. Die Geschwulst wurde mit Leder bedeckt, mit einer Zange gefasst, und mit überraschender Leichtigkeit abgebrochen. Eine ausserordentlich geringe Reaction folgte dem Eingriffe. **Ranke** (Halle).

Berichtigung:

S. 283, Z. 1 v. o. lies Luton statt Laton. — S. 301, Z. 14 v. o. lies Cripps statt Crippes. — S. 368, Z. 2 v. u. lies Velpeau statt Velpean. — S. 369, Z. 22 v. u. (Inhalt) lies vor statt von. — S. 369, Z. 22 v. u. und S. 381, Z. 1 v. o. lies v. Mosetig-Moorhof statt v. Mosetig-Moorhoe. — S. 382, Z. 6 v. u. lies elbow-joint statt elbow-jaint.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 26. Sonnabend, den 26. September. 1874.

Reposition einer eingeklemmten Schenkelhernie nach Lossen's Methode.

Von

Dr. Oscar Hasse,

praktischer Arzt in Nordhausen.

Frau W. zu Hörningen bei Nordhausen, 54 Jahr alt, eine kräftig gebaute, aber ziemlich magere Frau, war seit 3 Jahren mit einer linksseitigen Schenkelhernie behaftet. Ein Bruchband wurde nicht getragen. Auch verursachte der Bruch anfangs gar keine Beschwerden, nur in den letzten 14 Tagen war die freie Bewegung der Extremität dadurch beeinträchtigt. Am Morgen des 23. August wurde nach anstrengender Feldarbeit lebhafter Schmerz in der Bruchgeschwulst empfunden, welcher sich schnell über den ganzen Unterleib verbreitete und dem sich Uebelkeit und Erbrechen zugesellten. Der

Zustand der Pat. verschlimmerte sich von Stunde zu Stunde. Die erbrochenen Massen nahmen gallige Färbung und fäculenten Geruch an. Am Nachmittag des 24. August wurde ich zu der Pat. gerufen, welche alle Erscheinungen des eingeklemmten Bruches in exquisiter Weise darbot. Die Einklemmung hatte bereits 32 Stunden bestanden. In der Chloroformnarkose liess die Palpation der Bruchgeschwulst an derselben zwei Abtheilungen deutlich unterscheiden. Nach vorn und innen lag ein walzenförmiger Theil von ca. 4 Cm. Länge und derber Consistenz — eingeklemmte Dünndarmschlinge —; derselbe wurde nach hinten und unten um einige Centimeter von einem weicheren Abschnitte überragt, in dessen Grunde ein elastisches Klümpchen von der Grösse eines Singvogeleies durchzufühlen war — Bruchsack mit Bruchwasser und einem Fettklümpchen.

Dieser Fall schien mir eine willkommene Gelegenheit darzubieten, die Lossen'sche Theorie des Einklemmungsmechanismus (cf. Centralbl. f. Chirurgie No. 4, 1874) und den Werth des darauf begründeten Repositions-Verfahrens zu prüfen. Zu dem Ende musste aber zunächst versucht werden, ob die Taxis nicht auch nach einem der bisher üblichen Verfahren gelingen möchte; aber weder Compression der Bruchhalsgegend, noch längere Zeit fortgesetzte Compression der gesammten Geschwulst, noch Welkern, Kneten etc. brachten die mindeste Aenderung an der Einklemmung hervor.

Darauf schritt ich zur Taxis nach Lossen's Vorschrift. Ich umfasste die gesammte Geschwulst möglichst vollständig mit den Fingern beider Hände — wobei die Magerkeit der Pat. sehr zu Statten kam — konnte so die Form des Bruches fortwährend genau controlliren, und bog denselben nun seitwärts nach verschiedenen Radien, ohne zugleich einen wesentlichen Druck auszuüben. Beim Bewegen nach hinten und aussen fühlte ich, dass der kürzere, straffe, walzenförmige Theil der Geschwulst sich schnell verkleinerte und dann mit einem leichten Ruck verschwand. Ein Gurren machte sich dabei nicht bemerkbar. Der andere oben beschriebene längere und weichere Theil der Geschwulst mit dem elastischen Klümpchen liess sich nicht reponiren, wenn sich auch das Bruchwasser auf einige Zeit ausdrücken liess. Nachdem Pat. aus der Narkose erwacht, war sie von allen Einklemmungserscheinungen befreit, und nach genauer Betastung des Bruches erklärte sie, derselbe sei jetzt wieder genau von der Form und Grösse, wie er vor der Einklemmung 3 Jahre hindurch unverändert bestanden habe. Eine Stunde später trat reichlicher Stuhlgang ein, Pat. ass mit Appetit zu Abend, schlief die folgende Nacht sehr gut und befand sich Tags darauf wieder vollkommen wohl.

Dieser Fall lässt folgende Erklärung zu. Der Bruch war auf die gewöhnlichste Entstehungsweise der Schenkelbrüche durch Bildung und Herabtreten einer Fettgeschwulst im subserösen Gewebe, welche den Bruchsack nach sich zog, entstanden. Wahrscheinlich liegt seine Entstehung noch weiter als 3 Jahre zurück, der Bruch ist nur da erst bei der zunehmenden Magerkeit bemerkt worden. So lange der

Bruchsack leer blieb, erregte er keine Beschwerden. Vierzehn Tage vor der Einklemmung begann wahrscheinlich eine Darmschlinge in die Bruchpforte einzutreten. Dieselbe wurde am 23. August durch die Bauchpresse tiefer in den Bruchsack hineingetrieben und zugleich mit Darminhalt ohne Beimischung von Gasen stark gefüllt. Damit war die Ursache zur Einklemmung gegeben. Bei den Taxis-Versuchen nach Lossen's Methode wurde — und zwar während die eingeklemmte Darmschlinge nach hinten und aussen geschoben und zugleich um eine Axe, welche man in der Richtung von vorn und aussen nach hinten und innen durch die Bruchpforte gezogen denkt, etwas rotirt wurde — das untere Darmrohr geöffnet; der Inhalt entleerte sich und die Darmschlinge selbst schlüpfte in die Bauchhöhle zurück. Da dem Darminhalt kein Gas beigemischt war, so fehlte das sonst so charakteristische Gurren.

H. Senator (Berlin). Ueber Synanche contagiosa (Diphtherie).

(Sammlung klinischer Vorträge. No. 78.)

Verf. holt einen alten Namen (Synanche, Entzündung der Schlundmuskeln, Kynanche, Hundebräune) hervor, da es eigentlich zur Zeit keinen einheitlichen Namen für die Krankheit gebe und der gebräuchlichste, von Bretonneau eingeführte, Diphtheritis (Diphthera, das Fell), für verschiedene Erkrankungen gebraucht werde und falsche Vorstellungen über das Wesen der Erkrankung erwecken könnte. — Ueber die Incubationszeit sagt S., dass sie meist 2—7 Tage dauere, ausnahmsweise 3—4 Wochen. Der Ausbruch erfolge stets mit heftigem Fieber und schneller Temperatursteigerung auf etwa 40°. Bei älteren Kindern und Erwachsenen trete ein Frost ein, der bei kleinen Kindern überhaupt meist fehle und durch Reflexerscheinungen anderer Art (Erbrechen, bisweilen Krämpfe, doch diese weniger bei Synanche) ersetzt werde. Ferner trete Schmerz im Hinterhaupt und Nacken auf. Das Fieber gehe den Localerscheinungen voraus, und sei zuerst Nichts oder wenig Abnormes im Rachen zu entdecken, höchstens schwache Röthung. Am 2. Tag sei schon eine locale Affection zu erkennen, die nicht immer gleich sei. — Hieran knüpft Verf. ein treffliches Bild der verschiedenen Formen der localen Erkrankung des Rachens an, von den leichtesten bis zu den schwersten Fällen, und bespricht weiterhin die Larynx- und Trachealerkrankungen, welche meist gleichfalls mit Katarrh beginnen; demnächst wird die diphtheritische Form beobachtet, und zwar fast ausschliesslich im oberen Theil des Kehlkopfes. Dem unteren Theile und der Trachea ist die im Pharynx fehlende Form der Schleimhautentzündung mit freiem fibrinösem Exsudat eigen, die Bildung von Croupmembranen (Fasertoff mit Eiterzellen). — In Nasenhöhle und Mittelohr kommen bei Synanche Katarrh und Diphtheritis vor, ebenso auf anderen Schleimhäuten (Conjunctiva und Genitalschleimhaut). — Die verschiedenen

Formen pflegen neben einander vorzukommen. — Ueber das Fieber sagt S., dass es durchaus nichts Typisches habe. Bei letalem Ausgange erfolge dieser meist nach 5—10 Tagen; Genesung erfolge bei Synanche mit fibrinöser, schorfbildender Entzündung in 10—15%, abgesehen von operativen Eingriffen. Complicationen, welche Suffocation bewirken können, sind capilläre Bronchitis, Atelectase, seltener circumscripte pneumonische Heerde, embolische Pneumonieen; fernere Todesursachen: Septicämie und unstillbare Blutungen. — Die bei Synanche auftretende Albuminurie kann Folge sein: 1) der hohen Temperatur ohne besonders tiefes Nierenleiden, 2) einer parenchymatösen Nephritis, 3) der venösen Stauung, 4) einer acuten, diffusen Nephritis. Bei beiden letzteren Fällen zeigt sich Wassersucht. — Bei einzelnen Synanche-Epidemieen sollen Wunden und Ulcera anderer Art diphtheritisches Aussehen annehmen. — Gefahren während der Reconvalescenz liegen in der oft lange dauernden Appetitlosigkeit, ferner in dem erst neuerdings beobachteten Collaps, der auf Herzparalyse zurückzuführen ist. Hierauf deutet besonders der Umstand, dass überhaupt Lähmungen oft folgen, die im Rachen beginnen und von dort sich mit gewisser Regelmässigkeit ausdehnen, den Charakter peripherer Nervenlähmungen haben, oft mit herabgesetzter Farado-Contractilität der Muskeln, bei normaler, oder selbst gesteigerter galvanischer Erregbarkeit; bisweilen dabei Parästhesieen, Amblyopie oder Amaurose. Den specifischen Charakter dieser Lähmungen leugnet Verf. durchaus, da ganz ähnliche auch nach anderen Ulcerationen vorkommen.

Hinsichtlich ätiologischer Momente weist S. zuerst auf die Contagiosität hin, erwähnt jedoch, dass bisher vorgenommene Impfversuche (Trousseau u. A.) resultatlos geblieben. Am meisten gefährdet ist das Kindesalter von 2—7 Jahren, weniger von 7—12, noch minder das spätere. — Croup und Diphtheritis hält S., wie jetzt ziemlich allgemein geschieht, für Theilerscheinungen derselben Erkrankung, eben der Synanche.

Interessant ist die objectiv gehaltene Würdigung der mikroskopischen Funde niederer Organismen bei Synanche. Mit scharfer Kritik wird dem Zuweitgehen der Mikroskopiker in Schätzung ätiologischer Bedeutsamkeit ihrer Findlinge gewehrt und doch allen Entdeckungen Gerechtigkeit zu Theil. Die Puncte, auf welche er dabei besonders aufmerksam macht, sind 1) der Umstand, dass bei Scarlatina Rachenaffectionen vorkommen, auch mit denselben Micrococcen, fast nie aber Larynx und Trachealaffectionen, besonders Croup, wie bei Synanche, Croup aber häufig bei Masern, jedoch ohne diphtheritische Rachenentzündung; 2) dass die Synanche-Micrococcen nicht von denen der gewöhnlichen Fäulniss zu unterscheiden sind; 3) dass die diphtheritische Beschaffenheit von Wunden, Haut- oder Schleimhautentzündungen wahrscheinlich durch dieselben Organismen, Fäulnissmicrococcen, bedingt werde. Das über Therapie Gesagte bringt nichts Neues. **v. Mosengeil** (Bonn).

M. Fontaine (Anvers). Du massage dans le traitement de l'entorse.

(Archives médicales belges 1874. Hft. 3.)

Seit einer Reihe von Jahren heilt eine gute Frau im Dorfe Thelin in Belgien durch das Massiren der Glieder Verstauchungen aller Art, sowohl frische wie veraltete, darunter selbst solche Fälle, welche der rationellsten Behandlung medicinischer Capacitäten hartnäckig widerstanden hatten. Durch die erstaunlichen Curen dieser Frau angeregt, hat F. das Mittel in einer Reihe von Fällen versucht und ausserordentlich günstige Erfolge erzielt. Es wurden durch die Massage eine Zerreissung der Sehne des M. plantaris, eine Verstauchung des Daumens und der Hand, und etwa ein Dutzend Fälle von Distorsio pedis, allerdings meist leichterer, nur 2 schwerer Art, in relativ kurzer Zeit zur Heilung gebracht. Die Dauer der Behandlung betrug im Durchschnitt 4—9 Tage, bei den schweren Verletzungen 15—20 Tage. Sehr augenfällig war der Erfolg in einem ausführlich mitgetheilten Fall: ein Artillerie-Unterofficier hatte durch Fall vom Pferde eine Verstauchung des rechten Fussgelenks erlitten, mit sehr bedeutenden Reactionserscheinungen am äusseren Knöchel (entorse externe nach Dupuytren); schon nach 3 Tagen hatten unter der Einwirkung der Massage Schmerz und Schwellung soweit nachgelassen, dass Pat. wieder im Zimmer umhergehen konnte und nach 15 Tagen war der Mann bis auf einige Sugillationen völlig geheilt. — Das Verfahren besteht darin, dass man die afficirte Extremität zunächst, zur Schonung der Epidermis, mit Fett einreibt und sodann mit dem Daumen der rechten Hand, oder mit beiden Daumen, langsam streichende Bewegungen ausführt, und zwar stets in der Richtung von unten nach oben, dem Herzen zu, und genau parallel dem Zuge der Sehnen und Muskeln. Die afficirten, schmerzhaften Stellen soll man nur gelinde bestreichen, während man indess die gesunden Theile, etwa Fuss und Unterschenkel bis zum Knie hinauf, mehr und mehr energisch bearbeitet und zeitweis die Muskeln zwischen den Fingern förmlich knetet (pétrit). Diese Manipulation dauert eine Viertel- bis halbe Stunde und wird drei Mal am Tage wiederholt. Unterstützt wird die Behandlung durch Hochlagerung des Fusses und Bindeneinwicklung in der Zwischenzeit. — Die Wirkungsweise der Massage stellt sich F. so vor, dass das durch die Zerreissung von Gefässen gesetzte Blutextravasat zwischen den Bändern, Sehnen und innerhalb der Sehnenscheiden, welches Ursache des Schmerzes und der Schwellung, sowie der häufig gefühlten Crepitation und der beständigen Sugillationen sei, auf grössere Flächen vertheilt und dadurch zur schnelleren Resorption gebracht werde, und andererseits die Circulation in den Venen durch die aufwärts streichenden Bewegungen eine mächtige Förderung erfahre. Bei der Immobilisation des Gelenks durch feste Verbände, welche F. gänzlich verwirft, sollen leicht Adhäsionen zwischen den zerrissenen Partieen zu Stande kommen und dadurch die Heilung oft

Monate lang in die Länge gezogen werden. Durch die Massage wird nicht allein dieser Uebelstand, sondern auch die vielen anderen schweren Folgen der Verstauchung, als acute und chronische Gelenkentzündung, Ankylose, vor Allem Tumor albus, zum grössten Theile vermieden. Dabei ist das Verfahren ein so überaus einfaches, dass selbst Heildiener, Krankenwärter und die Angehörigen leicht damit vertraut gemacht werden können.

Die Massage ist übrigens gar nicht mehr neu, sondern, wie ein geschichtlicher Ueberblick beweist, bereits seit dem Jahre 1837, vielleicht schon früher, vielfach von Aerzten, namentlich in Frankreich, geübt und empfohlen worden; so in den letzten Jahren besonders nachdrücklich von Phélippeaux (Étude pratique sur les frictions et le massage ou guide du médecin masseur, Paris 1870, und Contributions à la vulgarisation du massage, — Annal. de la Soc. de méd. d'Anvers. 1872, 1 u. 2). In der allgemeinen Einführung der Massage in die ärztliche Praxis sieht F., mit emphatischen Worten Phélippeaux's schliessend, den grössten Segen für die leidende Menschheit.

Arn. Hiller (Minden).

Asam. Wundbehandlung.

(Société de chirurgie de Paris, séance du 27. Mai 1874.)

A. berichtet detaillirt über eine angeblich »neue Behandlungsmethode« (Occlusionsverband mit Drainage) für Amputationen und die dadurch erreichten Resultate. Die möglichst gleich gross gebildeten Lappen werden nach sorgfältiger Blutstillung und Einführung eines starken dem Knochen angelagerten Drainagerohrs durch 1—3 tiefe, 4—5 Cm. vom Wundrande entfernt gelegte Suturen aus feinem Silberdraht vereinigt; die Wundränder selbst werden durch die nöthige Anzahl von Näthen in genaueste Vereinigung gebracht. Bei eintretender Schwellung werden die durch Zusammendrehung der Drahtenden hergestellten Suturen passend gelockert. Mit Ausnahme der Durchgangsstelle der Drainage, woselbst über einem Ceratläppchen ein Charpieballen zur Aufnahme des Secrets gelegt wird, wird der ganze Stumpf sorgfältig nach Polsterung mit Watte vermittelst einer Binde eingewickelt. Am 2.—3. Tage werden die oberflächlichen Näthe entfernt, die tiefen je nach der Schwellung gelockert, der Verband selbst möglichst wenig erneut, jede Ausspritzung vermieden; am 5.—7. Tage erfolgt Lösung der tiefen Nähte. Nach Abfall der Ligatur am 9.—12. Tage ist die Eiterung gewöhnlich gleich Null und nach der nun erfolgenden Entfernung der Drainage erfolgt in der Regel die definitive Heilung unter dem Watteverbande in 2 Tagen. Bei dieser Behandlungsmethode soll

1) das Eiterungsfieber gering sein oder fehlen,
2) Eiterzersetzung nie stattfinden (?),
3) die Heilung schnell erfolgen,
4) die Form des Stumpfes eine sehr schöne sein.

Diese Methode, welche auch bei Exstirpation von Geschwülsten anwendbar sein soll — hier können die tiefen Suturen entbehrt werden — hat bis jetzt folgende Resultate ergeben:

Bei 11 Oberschenkel-Amputationen 6 Heilungen mit mittlerer Dauer von 16 Tagen, 3 Todesfälle durch Pyohämie (!), 2 durch anderweitige Erkrankungen.

» 8 Unterschenkel-Amputationen 6 Heilungen mit mittlerer Dauer von 12 Tagen, einmal erfolgte Tod durch Shok (?), einmal durch Hospitalbrand (!).

» 3 Vorderarm-Amputationen mit 3 Heilungen. — (Ref. bedauert, aus obiger Statistik keine Ueberzeugung von der Trefflichkeit der »neuen Methode« gewinnen zu können.)

Pils (Stettin).

J. Orth (Berlin). Zwei Fälle von Milzbrand beim Menschen. Aus dem Augustahospital zu Berlin.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 23.)

O. fand bei einem Falle an der Oberfläche der Magenschleimhaut und im Parenchym enorme Mengen von Bacteridien und Micrococcen, beim zweiten im Blute zahlreiche theils isolirte, theils zu Fäden aneinander gereihte Bacteridien. Dieselben zeigten nirgends Eigenbewegung. Ferner waren die farblosen Blutkörperchen vermehrt. Im Darme des zweiten Falles fanden sich keine Stäbchen, nur kuglige Gebilde, sowohl oberflächlich, wie in der Tiefe der Schleimhaut. Die Diagnose eines Falles von Milzbrand wurde durch eine Reihe von Experimenten erhärtet: das frische Blut erzeugte bei Thieren nach subcutaner Einspritzung eine Krankheit, die nach 1—2 Tagen tödtete, und es wurde bei den Sectionen eine enorme Anhäufung der erwähnten Gebilde constatirt. Ferner konnte man die Infection von diesen Thieren auf andere übertragen, wobei stets dieselben mikroskopischen Beobachtungen gemacht wurden. Die Weiterimpfung wurde bis zur achten Generation fortgesetzt, ohne Abschwächung der Wirkung. Der zweite der beobachteten Fälle war durch Infection eines Wärters durch den ersten Patienten entstanden, und zwar waren Risse in der Haut der Hände die Stelle, von der die Vergiftung ausging.

v. Mosengeil (Bonn).

Oré. Résection partielle du calcanéum; anesthésie absolue produite par une injection intra-veineuse de chloral; cessation immédiate de l'anesthésie après l'opération par l'application des courants électriques.

(Comptes rendus T. LXXVIII. 1874. p. 1311—15.)

O. hat sein beim Tetanus traumaticus erprobtes Verfahren (s. das Ref. in No. 6 des Centralbl. f. Chir.), durch Injection von Chloral in die Venen die vollständigste Anästhesie herbeizuführen, neuerdings in einem Falle versucht, wo ein im Calcaneus steckender Sequester

extrahirt werden sollte. Nach Injection von 8 grm. Chloral trat fast unmittelbar ruhiger Schlaf ein, der die Operation, welche etwa 25 Minuten in Anspruch nahm, überdauerte. Da des Verf.'s Versuche an Thieren dargethan hatten, dass die durch intravenöse Chloraleinführung erzeugte Anästhesie und Immobilität mit Hülfe des electrischen Stroms jederzeit wieder aufgehoben werden könne, so setzte er, um zu erproben, ob auch diese Erfahrung sich auf den Menschen übertragen lasse, den einen Pol eines starken Inductionsapparats auf die linke Seite des Halses, den anderen auf das Epigastrium. Bald erwachte Pat., freilich in einem Zustande von Benommenheit, der noch über eine Stunde anhielt und dem später ruhiger Schlaf folgte. Man hätte es somit in der Hand, nach beendeter Operation jederzeit nach Belieben mittelst des Inductionsstroms die Anästhesie gewissermassen zu coupiren. Dies wäre ein weiterer Vorzug dieser Methode vor den übrigen, weshalb dieselbe für alle chirurgischen Operationen, vorzüglich aber, wie O. meint, für die längere Zeit in Anspruch nehmenden Resectionen, Ovariotomieen u. s. w. geeignet sein dürfte. Bezüglich der Ausführung der Injection ist noch zu erwähnen, dass O. mit der Stichkanüle arbeitet, ohne die Vene freizulegen und hierbei niemals Coagulation in der Vene oder Phlebitis hat eintreten sehen.

J. Munk (Strassburg i/E.).

Tillaux. Chloral bei Trismus.

(Société de chirurgie de Paris, séance du 13. Mai 1874.)

Eine Frau, welche 9 Tage nach Eröffnung eines Echinococcus der Leber die ersten Erscheinungen des Trismus zeigte, erbrach Chloral, befand sich fast sterbend. Schon nach Einspritzung von 4 grm. erfolgte Nachlass der Erscheinungen, nach 10 grm. ruhiger, tiefer Schlaf. Bei erneuten Anfällen neue Injection, während der vierten Einspritzung (20 grm. waren verbraucht) starb die Kranke. Die Section ergab Gerinnung im ganzen Verlaufe der V. cephalic. bis zur V. axill., im rechten Vorhof und linken Ventrikel weisses Fibringerinnsel. Nachdem sich vorher schon Andere gegen das Oré'sche Verfahren des unsichern Einstiches in eine Vene anstatt der Freilegung, und gegen die Verallgemeinerung dieses Verfahrens zur Herbeiführung der Narkose ausgesprochen, macht Verneuil auf die coagulirende Wirkung dieses Präparats (bei Injectionen in Varicen), T. auf die nach Injection von ihm beobachtete Gangrän aufmerksam.

Pilz (Stettin).

Sir Henry Thompson. De l'avenir de la chirurgie appliquée au traitement des calculs vésicaux.

(Prononcée en novembre 1873 devant la Midland med. Society, traduite par Victor Campenon. Gaz. des hôpitaux 1874. No. 35, 36, 38.)

Th. zeigte 197 Blasensteine von meist mittlerer Grösse, die er bei Erwachsenen durch Lithotripsie entfernte. Die 197 Steine stamm-

ten von Patienten, die meist über 40 Jahr alt waren; mehrere Concretionen wurden bei Individuen zwischen dem 60. bis 80. Lebensjahre vorgefunden. In 63 Fällen waren die Blasensteine etwa nussgross, sie wurden in 1 bis 2, höchstens 3 Sitzungen mit dem Lithotriptor entfernt; alle 63 Patienten wurden vollständig geheilt. In etwa 100 Fällen waren die Blasensteine grösser; hier mussten mehr als 3 Sitzungen mit dem Lithotriptor vorgenommen werden; auf etwa 12—13 Heilungsfälle kam 1 Todesfall. Bei den übrigen Kranken mit noch voluminöseren Steinen kam auf 8—10 Heilungen 1 letaler Ausgang. Es ist nach der Ansicht des Verf.'s möglich, aber nicht sicher, dass in den letzteren Fällen die Lithotomie besserere Resultate gegeben hätte, als die Lithotripsie. Im Allgemeinen hält aber Th. die Lithotripsie bei weitem für das beste Verfahren, besonders bei Steinen von etwa Nussgrösse. Verf. ist der Meinung, dass in Zukunft Alles darauf ankommen wird, die Blasensteine zu einer Zeit zu diagnosticiren, wo sie noch von mittlerer Grösse sind. Geschieht das, dann wird nach der Ansicht Th.'s kein Steinschnitt mehr ausgeführt werden dürfen, dann tritt vielmehr die Lithotripsie in ihr Recht, die niemals bei Steinen von geringerem, mittlerem Caliber im Stich lässt. Aus diesem Grunde erklärt auch Th. alle Verbesserungen der immerhin gefährlichen Steinschnittmethoden in Zukunft für unnütz, da man ja in 20 Fällen 19 Mal durch die Lithotripsie Alles erzielen könne, was man wünsche. Hindernisse für die Anwendung des Lithotriptors kennt Th. nicht. Stricturen der Harnröhre haben Verf. niemals von der Vornahme der Lithotripsie abgehalten. In solchen Fällen erweitert Th. im Verlaufe von wenigen Tagen die Verengerungen der Harnröhre bis Bougie No. 9 engl. (No. 17 franz.); dann wird in Chloroformnarkose hinter einander in einer Sitzung 2—3 Mal ein Lithotriptor von schwächstem Caliber in die Blase eingeführt und darauf die Bougie wieder applicirt. Etwa 3 Tage später wird eventuell in derselben Weise verfahren u. s. f. bis zur Heilung. — Verf. macht nie vor oder nach der Lithotripsie Injectionen in die Blase. —

Die Untersuchung von Steinkranken nimmt Th. vermittelst eines leichten Katheters mit nur kurzer Krümmung bei leerer Blase vor. So ist es möglich, erbsengrosse Concretionen zu diagnosticiren und eventuell sofort mit dem Lithotriptor zu extrahiren. —

Bei mehr als der Hälfte der von Th. untersuchten Steinkranken hatten die Patienten keine Ahnung von der Existenz ihres Blasensteins, besonders oft deshalb nicht, weil leider auch den Aerzten viel zu wenig die ersten durch Concretionen in der Blase hervorgerufenen Symptome bekannt sind. —

Was die Entstehung der Blasensteine betrifft, so glaubt Th., dass die Phosphatsteine mehr local in einer Blase entstehen, welche sich nicht vollkommen entleert, während die oxal- und harnsauren Steine mehr allgemeine, constitutionelle Ausscheidungen aus dem Harnapparate darstellen. Bei den letzteren beobachtet man zuerst,

dass bei dem betreffenden Individuum, gewöhnlich gegen die Mitte des Lebens, der Urin reich an Uraten wird. Nach einiger Zeit gehen mit oder ohne Schmerzen in der Nierengegend spärliche Mengen von Harngries im Urin ab. In dieser Periode ist noch durch eine interne Behandlung Heilung möglich. Leider beachten die Patienten und nicht selten auch der Arzt selbst diese Periode der Symptome zu wenig, um so mehr, wenn vielleicht Monate, ja 1 Jahr lang keine Spur von Harngries sich zeigte. Plötzlich treten dann allgemeine functionelle Störungen der Blase ein; es geht kein Harngries mehr ab, weil die Concretionen in der Blase bereits zu gross sind. In der That findet man bei der Untersuchung des Patienten in solchen Fällen meist 1—2 Blasensteine von mittlerer Grösse. Der günstigste Zeitpunct für die Lithotripsie ist noch vorhanden; leider verweigern auch jetzt noch viele Kranke dieselbe, weil sie sich vor jeder »Steinoperation« fürchten. Th. ist der Ansicht, dass in Zukunft diese Furcht der Laien erst dann schwinden werde, wenn die verhältnissmässig schlechten Resultate des Steinschnitts nicht mehr in so frischer Erinnerung seien, wie in der Gegenwart, wenn vielmehr die Lithotomie durch die Lithotripsie verdrängt sei. Th. hofft, dass dann auch die Lithotripsie Gemeingut aller Aerzte sei und nicht nur, wie jetzt, von Specialisten geübt werde.

(Vergl. Sir Henry Thompson, The preventive treatment of calculous disease etc. Churchill, London 1873. Ref.)

Tillmanns (Leipzig).

Ulrich Dreyer (Rostock). Ueber die zunehmende Virulenz des septischen Giftes (Davaine).

(Arch. für experim. Path. und Pharmak. 1874. Bd. 2. p. 149 u. ff.)

In dieser »experimentellen Studie« berichtet Verf. ausführlich über Versuche, die er unter Leitung von Prof. König zur Controllirung der Davaine'schen Resultate angestellt hat. D. verfuhr zunächst genau nach den Angaben Davaine's und befleissigte sich, wie er mit Recht besonders hervorhebt, der grössten Reinlichkeit bei seinen Experimenten — was eben nicht allen, selbst bekannten Forschern auf diesem schwierigen Gebiete nachgerühmt werden kann. — Wir theilen in Kürze die Resultate obiger Untersuchungen mit, welche im Wesentlichen die Angaben Davaine's bestätigen und ergänzen, daneben auch theils zustimmende und theils negirende Angaben für die Behauptungen anderer Experimentatoren (Bergmann, Fischer, Coze, Feltz, Chauveau, Raynaud, Hüter, Max Wolff) liefern.

1) Kaninchen starben nach Injectionen von 1 bis mehreren Tropfen faulen Blutes in ca. 4/5 der Fälle. 2) Bei Hunden waren sehr grosse Mengen derselben putriden Flüssigkeit nöthig, um dieselben zu tödten. 3) Das septikämische Blut ist absolut perniciöser, als das einfach putride. Dasselbe Gesetz gilt für Hunde und Kaninchen,

nur sind bei ersteren, entsprechend der zunehmenden Grösse stärkere Injectionen anzuwenden. 4) Die Lebensdauer der mit faulem Blut inficirten Kaninchen betrug durchschnittlich 12 Tage. Bei Infection mit septikämischem Blute ist die Lebensdauer bedeutend kürzer, nimmt mit den zunehmenden Generationen ab und beträgt ca. 72 Stunden (nicht wie Davaine angiebt, weniger als 40 Stunden); bei Hunden durchschnittlich 4 Tage. Ein constantes Verhältniss zwischen der injicirten Menge des septikämischen Blutes und der Lebensdauer der betreffenden Thiere existirt nicht. 5) Uebertragung septikämischen Kaninchenblutes bei Hunden war sowohl in kleineren als auch in grösseren Dosen ohne Erfolg, während umgekehrt Kaninchen durch sehr kleine Dosen septischen Hundeblutes getödtet wurden. 6) Injectionen mit gesundem Menschen- und Thierblut haben bei Kaninchen weder Infectionserscheinungen, noch den Tod zur Folge gehabt. 7) Durch Injectionen mit dem Blute eines pyämischen Kranken wurden Kaninchen nicht afficirt (wenigstens nicht durch kleinere Dosen), während diese Thiere nach Injectionen kleiner Mengen Wundsecret desselben Kranken zu Grunde gingen. 8) Das septikämische Blut verliert, wenn es fault, an Virulenz. 9) Das Blut septisch inficirter, aber noch lebender Thiere, anderen Thieren injicirt, hat weder den Tod, noch Infectionserscheinungen derselben zur Folge gehabt. 10) Die pathol. Veränderungen der an Septikämie gestorbenen Kaninchen sind in Bezug auf ihr häufiges Vorkommen der Reihe nach folgende: Peritonitis, Pleuritis, Milztumor — Pneumonie, Hyperämie der Nieren, Icterus — Darmkatarrh. Bei Hunden treten die Darmaffectionen in den Vordergrund, seltener Pleuritis, Peritonitis und Milzvergrösserung. 11) Im Blute sämmtlicher an Septikämie gestorbener Thiere wurde gefunden: Formveränderung und körniger Belag der rothen Blutkörperchen (Stachelformen), Vermehrung und körnige Trübung der farblosen Blutzellen, kleine Körnchen isolirt und in Haufen (Kugelbacterien), isolirte Stäbchenformen (jedoch seltener). Derselbe Befund wurde in den Exsudaten, im hepatisirten Lungengewebe und 1 Mal in einem Milzinfarct (auch zahlreiche Stäbchenformen im Urin) constatirt. In einem Nachtrage theilt Verf. einen misslungenen und einen gelungenen Versuch mit über die Unwirksamkeit septikämischen Blutes, wenn man es vorher mit antiseptischen Stoffen (Carbolsäure, Kali hypermang. Aq. chlori) versetzt hat. (Davaine, cf. Centralbl. f. Chir. 1874. p. 14.)

Mit einer Bescheidenheit, welche anderen Experimentatoren weniger eigen ist, will Verf. die endgültige Entscheidung über seine Resultate zahlreicheren Versuchsreihen und einer ferneren experimentellen Kritik überlassen. **Lesser** (Berlin).

F. N. Otis. Urethrotomy, external and internal combined, in cases of multiple and difficult stricture.

(New York med. Journal 1874. No. 4. p. 360.)

Verf. empfiehlt für solche Fälle von sehr engen oder theilweise impermeablen Stricturen der Harnröhre, welche zugleich eine lange

Strecke einnehmen, sowie für Fälle von multiplen Stricturen eine Combination des äusseren und inneren Harnröhrenschnittes, so dass die äussere Urethrotomie gleichsam als Voract oder Hülfsmittel der inneren dient. Der Zweck dieses Verfahrens ist, die allzugrosse Länge des äusseren Schnittes und eventuelle Spaltung des Scrotum zu vermeiden. Der äussere Schnitt wird möglichst klein angelegt und von diesem aus mit dem Urethrotom von Maisonneuve die innere Spaltung der übrigen, sowohl nach hinten, als nach vorne von der Incisionsöffnung gelegenen verengten Stellen ausgeführt. Durch dieses Verfahren glaubt Verf. einerseits die Vortheile der Urethrotomia externa und interna zugleich zu erzielen, andererseits die Gefahren beider einzeln für sich ausgeführten Methoden zu vermeiden. O. hat dieses Verfahren ausser in 2 bereits früher mitgetheilten Fällen (New-York med. Record. April 1873) neuerdings mit gutem Erfolge in einem weiteren Falle angewandt, welcher dadurch besonders bemerkenswerth ist, dass in demselben gleichzeitig 14 Stricturen vorhanden waren. Die Krankheitsgeschichte des Falles ist ausführlich mitgetheilt.

P. Bruns (Tübingen).

A. M. Barbosa. Memoria sobre a laqueaçao da arteria iliaca primitiva etc. Denkschrift an die Kgl. Akademie der Wissenschaften zu Lissabon.

(Gaz. medica de Lisboa 1874.)

Den 41 aus der Literatur bekannten Fällen von Unterbindung der A. iliaca comm., wovon 30 tödtlich endigten und 11 geheilt wurden (nach den Statistiken von Stephen Smith in New-York, Samuel Gross in Philadelphia, Erichsen in London, Léon Lefort, Gurlt u. A.), welchen Fällen Verf. eine genaue geschichtlich kritische Besprechung widmet, schliesst er 4 entsprechende und zwar in Portugal ausgeführte Operationen an. Die erste vollführte, zum ersten Mal in Portugal, im Jahre 1845 Prof. João Pedro Barral im Spitale von S. José zu Lissabon bei einem 55jähr. Mann wegen eines Aneurysma der Femoralis. Der Kranke starb nach 24 Stunden. Im Jahre 1867 unterband dieselbe Arterie Prof. Antonio Bernardino de Aluicida im Spital de S. Antonio zu Porto. Das 60jähr. Weib hatte ein Aneurysma der A. glutea. Die Ligatur fiel nach 26 Tagen, nachdem der Umfang des Aneurysma sich ebenfalls verringert hatte. Doch ging Pat. am 60. Tage nach der Operation an Pyämie zu Grunde. Nach A. Cooper's Methode für Unterbindung der Bauchaorta operirte 1868 Antonio da Luz Pitta im Spitale de Santa Isabel von Funchal. Der 39jähr. Pat. hatte ein Aneurysma im obersten Drittel der Femoralis. Er starb 30 Stunden nach der Operation an Peritonitis. Bei der Section erwies sich, dass das Aneurysma bis 6 Cm. heran an die Bifurcation der A. iliaca comm. reichte, und dass die Ligatur in einer Entfernung von kaum 2 Cm. vom Ursprung der Iliaca aus der Aorta angelegt worden war. Die 4.

Unterbindung endlich, die B. selbst ausführte und die für ihn die Veranlassung wurde zur Verfassung der interessanten Denkschrift, betraf einen 60jähr. Greis, wo der aneurysmatische Sack den ganzen Stamm der A. iliaca ext. bedeckte. Der Pat. starb an Septikämie am 7. Tage nach der Operation (am 7. Febr. 1873 im Hospital von S. José zu Lissabon ausgeführt). Somit steigt die Zahl der Unterbindungen der A. iliaca comm., nach Verf., auf 45 Fälle mit 12 Heilungen und 33 Todesfällen (den Fall von Aluicida als erfolgreich mitgerechnet). 13 Mal wurde die Operation wegen Blutungen ausgeführt, allein nur 1 Kranker blieb am Leben. Am häufigsten ist die Ligatur wegen Aneurysmen unternommen worden. 23 Mal handelte es sich um Aneurysmen der A. iliaca ext. und A. fem., 2 Mal um Aneurysmen der A. glutea. Nur 9 Fälle hiervon verliefen günstig, 16 dagegen endigten tödtlich. **Ullersperger** (München).

J. Rawitz (Glogau). Ueber die normalen Umfangsunterschiede zwischen den einzelnen Theilen der linken und der rechten oberen Extremität.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1874. Hft. 5 u. 6.)

Aus den Messungen an 500 gesunden Soldaten erhielt R. folgende Umfangsdifferenzen zwischen der linken und der rechten oberen Extremität: der durchschnittliche Umfang der Schulter, gemessen über dem »Zenith« des Deltamuskels bei wagerecht erhobenem Arm beträgt rechts 33,8 Cm., links 31,8 Cm., mithin eine Normaldifferenz von 2 Cm. — Im Speciellen waren beide Schultern gleich stark in 2,2%, die linke Schulter stärker, als die rechte in 1% der Fälle. Hinsichtlich des Einflusses des Civilberufs der Leute zeigte sich, dass die Durchschnittsnorm übersteigende Differenzen (128 Individuen) durch stärkere Entwicklung der Muskulatur der rechten Schulter vorzugsweise bei Zimmerleuten, Schmieden, Steinmetzen u. s. f. vorkamen, während bei den gewöhnlichen Tagearbeitern (Knechten u. s. f.) die geringeren Differenzen (215 Individuen) sich zeigten. Bei Linkshändigen war die linke Schulter entweder gleich stark oder stärker entwickelt, als die rechte.

Der durchschnittliche Umfang des Oberarms in der Mitte betrug rechts 26 Cm., links 25,4 Cm., die Normaldifferenz mithin 0,6 Cm. Bei den einzelnen Individuen variirte letztere jedoch bedeutend. Gleich stark waren beide Oberarme in 27,6%, der linke Oberarm stärker als der rechte in 3% der Fälle. Die Durchschnittsnorm von 0,6 Cm. wurde überschritten bei 39,8% der Leute.

Am Vorderarm betrug der Umfang am stärksten Theil seiner Muskulatur rechts 26,4 Cm., links 25,8 Cm., mithin die Normaldifferenz wiederum 0,6 Cm. Gleich starke Vorderarme hatten 22,4% der Fälle, bei 1,4% war der linke Vorderarm stärker, als der rechte.

In 35,4% der Fälle fand sich die Normaldifferenz von 0,6 Cm. überschritten.

Allgemein lässt sich daher nach Verf. der Satz aufstellen, dass bei der Schulter ein Umfangsunterschied von 2—3 Cm. und in einzelnen Fällen bis zu 4 Cm. zu Gunsten der rechten für sich allein nicht als abnorm oder krankhaft bezeichnet werden darf. Aehnliches gilt für den Oberarm und für den Vorderarm, wo beide auf der linken Seite um 1—1,5 Cm., selbst um 2 Cm. schwächer sein können als rechts, ohne dass man krankhafte Verhältnisse anzunehmen brauchte.

Arn. Hiller (Minden).

Kleinere Mittheilungen.

Hillairet. Bouton de Biskra.

(Soc. méd. des hôpitaux, séance du 12. Juin 1874. Mouvement médical 1874. No. 25.)

H. stellte obiger Gesellschaft einen 45jährigen Officier vor von kräftigem Bau, der einen Sommer bis gegen den Monat November hin in Biskra (grösserer Militärposten in Algier) zugebracht hatte. Gerade im November pflegt die betreffende Affection am häufigsten aufzutreten. Pat. fühlte zuerst im Bereich des ersten Metacarpus und dann auch im Bereich des fünften ein ziemlich lebhaftes Jucken. Darauf bildete sich an diesen Stellen und später auch am Vorderarm eine Induration. Dieselbe nahm den regelrechten Verlauf. Nach erfolgter Exfoliation der oberflächlichen und Ulceration der tieferen Hautschichten entstand ein scharf gerändertes Geschwür. Die Lymphgefässe des Vorderarms schwollen an; man fühlte sie als dicke harte Stränge mit rosenkranzähnlichen Anschwellungen. Das Geschwür, statt zu vernarben, ging aus diesem ersten Stadium in ein zweites über, indem auf seinem Grunde reichliche Wucherungen, über die Geschwürsränder hervorquellend, entstanden und so das Bild eines Papilloms vortäuschten. Diese Wucherungen sollen nach Angabe der Autoren zusammenfallen, sich mit einer graufarbigen Schicht bedecken und schrumpfen. Dann vernarbt das Geschwür im Verlauf von mehreren Monaten, manchmal erst nach $1^1/_2$ Jahren. Ganz so gestaltete sich auch die Affection bei dem genannten Officier. Die Therapie bestand einzig in Localbädern und Breiumschlägen. **Lesser** (Berlin).

Teevan. A case of urethral calculus incarcerated between two strictures; external and internal urethrotomy, good result.

(The Lancet 1874. Aug. 15. p. 240.)

Einem 33jähr. Mann, vor 10 Jahren an Stricturen behandelt, ging während der Behandlung ein kleiner Stein ab. Dasselbe wiederholte sich vor 2 Jahren. Am 6. Febr. 1874 trat der Kranke wegen Urinbeschwerden wieder in Behandlung. 3 Stricturen wurden angenommen. Am 8. April Urethrotomia int. Am 2. Mai präsentirte sich an der Stricturstelle ein kleiner Stein. Entfernung desselben durch die äussere Urethrotomie. Am 23. Mai konnte der Kranke mit französischem Katheter No. 14 entlassen werden. Im Juli führte er selbst No. 16 ein.

Leisrink (Hamburg).

Sir Henry Thompson. Calculus impacted in a vesical sac, operation. Recovery.

(The Lancet 1874. August 1. p. 150.)

Eine 52 Jahr alte Dame zeigte bei der Untersuchung einen Blasenstein, welcher unter Chloroformnarkose mit dem Steinzertrümmerer nicht gefasst werden konnte. Th. führte nun den Finger durch die Urethra ein und fand, dass der Stein nur zu einem Drittel in die Blase ragte und sonst in einem Divertikel ge-

lagert war. Jetzt versuchte Th. den Stein zu luxiren und gelang ihm das mit dem Fingernagel ziemlich leicht. Demnach konnte die Entfernung mit der Zange leicht vorgenommen werden. Incontinenz blieb nicht zurück.

Th. giebt an, dass er bis dahin bei Frauen keinen in einem Divertikel liegenden Stein gefunden habe. **Leisrink** (Hamburg).

Ventura Romanin. (Von der chir. Abtheilung des Primarius Dr. A. Menzel in Triest.) Ueber die Behandlung der Mastdarmfistel mittelst der elastischen Ligatur.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 27.)

Als Grund, die einfache Operation mittelst Schnitt durch genannte zu ersetzen sieht Verf. 1) die starke Blutung bei sehr hoch reichenden Fisteln an. 2) Das oft rapide Weiterschreiten einer Tuberculose nach der Spaltung, resp. Auftreten einer solchen und 3) die Messerscheu mancher Patienten.

Die elastische Ligatur ist in Triest bei 6 Mastdarmfisteln angewandt worden. Dabei zeigte sich, dass die mittlere Heilungsdauer 46 Tage beträgt, also nicht geringer ist, als nach andern Methoden, dass alle Fälle heilten, ohne dass Miliartuberculose folgte, dass aber die Schmerzen bisweilen bis zum Abfall der Ligatur dauerten, welcher durchschnittlich in der Zeit vom 6.—8. Tage erfolgte.

v. Mosengeil (Bonn.)

Schell. Operation on fistula in ano with the elastic ligature.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 122. p. 340.)

S. empfiehlt 3 dünne Kautschukfäden, welche mittelst Seidenumspinnung zu einem, die gewöhnlichen Ligaturen an Dicke nicht übertreffenden Faden vereinigt werden, als bestes Mittel, die Mastdarmfisteln zu beseitigen. Eine Krankengeschichte soll beweisen, dass diese Fäden weder Schmerz, noch Blutung verursachen und, ohne dass der Kranke seine Beschäftigung oder Lebensweise zu ändern braucht, ertragen werden. **Wilh. Koch** (Berlin).

H. Bresgen (Kreuznach). Zwei Fälle von Echinococcus.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 31.)

I. Bei einem 15jährigen Menschen hatte sich binnen 3 Wochen eine starke Protrusion des Bulbus und ein Abscess im oberen Augenlid gebildet. Zugleich Fieber, Benommenheit des Sensorium. Nach Incision des obern Lides entleerte sich Eiter, nach Erweiterung des Schnittes eine Echinococcusblase. Die Protrusio bulbi ging zurück, ein vorher schon vorhandenes Hornhautgeschwür brach aber auf und es folgte Prolapsus Iridis. Am 6. Tage danach Tod unter Erscheinungen der Basilar-Meningitis.

II. Bei einem anderen Pat. hatte sich binnen 6 Wochen über dem rechten Pectoralis major eine taubeneigrosse Geschwulst entwickelt, welche fluctuirte und nach Incision erst Eiter, auf Druck eine Echinococcusblase entleerte, die im Unterhautzellgewebe gesessen hatte. **v. Mosengeil** (Bonn).

Anger. Gastrotomie wegen Cyste eines breiten Mutterbandes.

(Gaz. hebdom. 1874. Juni 12. Soc. de Chir., séance du 3. Juin 1874.)

Eine 18jähr., regelmässig menstruirte Person klagte über Beschwerden beim Uriniren, der Katheter entleerte wenig Urin, liess aber eine Geschwulst finden. In der durch Aspiration entleerten, zähen, gelblichen Flüssigkeit wies das Mikroskop nur Epithelialzellen und Fetttröpfchen nach. Nach Ausschluss von Geschwülsten des Uterus, einer abgesackten Pelvi-Peritonitis, extrauteriner Gravidität u. s. f. wurde die Diagnose auf Cyste des breiten Mutterbandes gestellt. Gastrotomie, Entleerung von $2^1/_2$ Litres weissgrünlicher Flüssigkeit mit Haaren und Epithelmassen; Fixirung des Stiels im unteren Wundwinkel; Heilung in 3 Wochen. In der Dermoidcyste fand sich reichliche Kalkablagerung und Knochenbildung. — Zweifelhaft bleibt es nach der kurzen Beschreibung des Präparats, ob es sich nicht um eine Ovariencyste gehandelt hat. (Ref.) **Pilz** (Stettin).

Kosiński (Warschau). Vier Fälle von Lithotripsie.

(Denkschrift der Warsch. ärztl. Gesellschaft 1874. Hft. 1, polnisch.)

Der 1. Fall betraf eine gegen 60 Jahre alte Frau, der ein 3 Cm. im Durchmesser haltender, aus Phosphaten und Uraten bestehender Stein in zwei Sitzungen entfernt wurde.

Der 2. Fall, bei einem 40jähr. Mann, zeichnet sich dadurch aus, dass ein Stein zum vierten Mal — nachdem Pat. zuvor zwei Mal lithotribirt und einmal einer Lithotomie unterzogen wurde —, diesmal trotz seiner Kleinheit grosse Schmerzen verursachte, und dass er in einer Sitzung auf einmal zerbrochen und entfernt wurde.

Im 3. Falle wurde bei einem 59 Jahre alten Manne ein $5^1/_2$ Cm. dicker, harter Stein in 15' Sitzungen zerbrochen, wobei die grösseren, mit Urin nach aussen beförderten Steintrümmer 6 Drachmen wogen.

Zuletzt entfernte K. noch einen Stein mittlerer Grösse in 3 Sitzungen mit dem Reliquet'schen Lithotriptor bei einem Manne, bei dem eine seit längerer Zeit bestehende Prostatahypertrophie nicht unbedeutende Hindernisse entgegensetzte.

Obaliński (Krakau).

J. H. Thornton. A case of strangulated hernia successfully treated by inversion.

(The Ind. Med. Gazette 1874. No. 4. p. 95.)

T. bewirkte die Reduction einer eingeklemmten, rechtsseitigen Inguinal-Hernie, bei der die Taxis schon vergeblich in der Chloroform-Narkose versucht war, auf die Weise, dass er das Fussende des Krankenbettes so hoch stellen liess, dass das Lager des Mannes mit dem Boden einen Winkel von 45° bildete. Innerhalb 20 Minuten hatte sich der vorgefallene Theil in die Leibeshöhle zurückgezogen, nach seiner Ansicht durch den Zug der nach oben gravitirenden Eingeweide (!).

A. Burger (London).

M. Tschaussoff. Directe Anastomosen zwischen Arterien und Venen.

(Mosk. med. Bote 1874. No. 15.)

Obiges Verhalten wurde zufällig an den mit verschieden gefärbten Massen injicirten Gesichtsgefässen eines 10jährigen Mädchens beobachtet. An der rechten Seite, die einer eingehenderen Präparation unterworfen wurde, konnten Verbindungsstämmchen zwischen Art. und Ven. angularis coronaria lab. sup. und ophthalmica nachgewiesen werden; linkerseits wurde nur eine Anastomose im Bereiche der Art. und V. angularis aufgefunden.

Derselbe. Mangel des Lobus sinister der Glandula thyreoidea mit Anomalieen etlicher Halsgefässe.

(ibid. No. 23.)

An der Leiche eines 7jährigen Knaben fand T. rechterseits einen dreilappigen Schilddrüsenflügel während der Isthmus und der Lobus sin. gänzlich fehlten. Dem entsprechend waren die rechtseitigen Schilddrüsenarterien sehr stark, die linkseitigen dagegen schwach entwickelt. Die Art. thyreoid. sup. sin. bildete durch Anastomose mit dem inneren Aste der entsprechenden rechten Arterie die Art crico-thyreoidea, während die Art. thyreoid. inf. sin. unterhalb des Ringknorpels mit der rechtseitigen Arterie zusammenfloss. — Ausserdem entstand die Vertebralis sin. aus dem arcus aortae und betrat den Canalis transversarius erst am Querfortsatze des 4. Halswirbels, hatte somit fast die Länge der Carotis communis. T. weist auf die praktische Bedeutung der erwähnten Anomalieen hin.

Heppner (St. Petersburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 3. October.** **1874.**

Thiersch. Ueber die feineren anatomischen Veränderungen bei Aufheilung von Haut auf Granulationen.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 2.)

Th. hatte Gelegenheit, auf eine grosse granulirende Fläche des Unterschenkels, welche, schon 1 Mal durch Transplantation geheilt, sich vollständig wieder hergestellt hatte, 3 Wochen vor der Amputation beginnend, bis 18 Stunden vor derselben, Hautstückchen aufzusetzen. Zur Transplantation benutzte Th. quadratische Stückchen der ganzen Haut von 1 Cm. Durchmesser, von deren unterer Fläche das Fettgewebe sorgfältig abpräparirt war. Nach der Amputation wurde das Glied mit der Gerlach'schen Masse injicirt und die Haut in Spiritus gehärtet. Obgleich sich Th. nicht über alle Verhältnisse vollständig Klarheit verschaffen konnte, hat er doch folgende Hauptpuncte sicher feststellen können: 1) Die Anheilung geschieht ohne eine Schicht structurloser Kittsubstanz. 2) Eine vollständig gelungene An-

heilung erfolgt unter Inosculation der Gefässe, d. h. die Verbindung zwischen den Gefässen der Granulationen und der aufgesetzten Haut wird durch intercellulare Gänge hergestellt, welche sofort das Blut aus den Granulationsgefässen in die Gefässe des aufgesetzten Hautstückchens hin- und zurückführen. 3) Die Gefässe des überpflanzten Hautstückchens verändern sich secundär, mehr oder weniger die Structur der Granulationsgefässe annehmend. 4) Wenn die obere Schicht des überpflanzten Hautstückchens sich als Schorf abstösst, bleibt in manchen Fällen die dem Bindegewebe zugekehrte Schicht zurück und in dieser sind die Schweissdrüsen eingeschlossen. In Betreff des höchst wichtigen 2. Punctes hebt Th. hervor, dass sich schon nach 18 Stunden die aufgesetzten Hautstückchen von den Granulationsgefässen aus vollständig capillär injiciren lassen. Die intercellularen Gänge, deren Einmündung in die Gefässe des Hautstückchens Verf. nicht sah, organisiren sich zum Theil bald mit Hülfe der Granulationszellen zu eigentlichen Gefässen, während die Mehrzahl der Gänge verödet; diese Verbindung zwischen Haut- und Granulationsgefässen kann dann leicht gesehen werden. Da die Gefässe des Hautstückchens (Punct 3) schon vor der zweiten Woche den Granulationsgefässen durchaus ähnlich werden, so erklärt Th. hieraus die Ansicht von Thierfelder, welcher die Gefässe der verpflanzten Haut gänzlich, oder fast gänzlich für eine neue Bildung hielt. Aus dem im Puncte 4 angegebenen Zurückbleiben der Schweissdrüsen bei scheinbar misslungenen Transplantationsversuchen erklärt sich das 8—14 Tage später an der betreffenden Stelle auftretende Epithelinselchen.

Zur Transplantation nimmt Th. mit dem Rasirmesser geschnittene, dünne Stückchen des Ueberhäutungsrandes. Die so entstandenen Lücken des Randes ergänzen sich in 2—3 Tagen. In Betreff der Wirksamkeit der Reverdin'schen Methode hebt Th. hervor, dass es wohl gelingt, die Vernarbung einer Granulationsfläche zu beschleunigen, dass aber der Werth der Methode als ein Mittel zur Ergänzung der nicht mehr auf gewöhnlichem Wege fortschreitenden Vernarbung zweifelhaft sei. Wollte man wirklich ergänzende Hautstückchen transplantiren, so müsste man den oberen Theil der Granulationen, welcher mit seinen senkrechten Gefässen und weichem Gewebe zur gefässarmen, schmalen Narbenpapille schrumpft, durch flache Schnitte abtragen und die Hautstückchen auf die tiefe Schicht des granulirenden Gewebes, charakterisirt durch straffes Bindegewebe und horizontale Gefässe, aufpflanzen. Man kann entweder nur das Stehen der Blutung abwarten, oder unter dem Lister'schen Verbande die ersten Stadien der Entzündung eintreten lassen, ehe man die Hautstückchen transplantirt. Es erinnert diese Methode an die alte indische Rhinoplastik. Um den Erfolg zu sichern, könnte man vielleicht statt der abzuwartenden Entzündung der Wundfläche auch das Hautstückchen vor seiner Entnahme in situ durch Klopfen in die ersten Stadien der Entzündung versetzen, oder auch auf eine leicht entzündete Fläche ein in Entzündung versetztes Hautstückchen aufsetzen.

Maas (Breslau).

British medical association, surgical section.

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 22. p. 219.)

Debatte über das Nélaton'sche Verfahren der Inversion bei drohendem Chloroformtode.

Mac Cormac berichtet über die Narkose einer 27jährigen, anämischen Frau, am 25. Mai 74 im Pariser Hertford British Hospital behufs Extraction eines Sequesters vorgenommen. Es wurde in der Seitenlage mittelst Aufgiessen des Chloroform auf eine zusammengefaltete Serviette chloroformirt; in 4 Minuten war eine ruhige, tiefe Narkose erreicht; für frische Luft war jetzt nach gänzlichem Weglassen des Chloroforms gesorgt. 16 Minuten später wurde der Puls sehr unregelmässig; nach Umkehrung der Patientin wurde er wieder regulär. 2 Mal wiederholte sich, natürlich ohne neue Chloroformapplication, dieser Zufall, zum dritten Male blieb auch die Respiration aus; künstliche Respiration und Stellung auf den Kopf riefen das fast entflohene Leben zurück, und nach 3 Tage andauernder Bewusstlosigkeit etc., konnte die Patientin als hergestellt betrachtet werden.

C. empfiehlt sodann die temporäre Kopfstellung neben künstlicher Respiration und macht auf die Gefahr durch Ueberfüllung des rechten Ventrikels bei längerer Inversion aufmerksam.

Marion Sims berichtet über eine Chloroformnarkose, die zur Operation einer Blasenscheidenfistel eingeleitet wurde. Plötzlich fehlten Puls und Respiration, es dauerte in der Kopfstellung bei hervorgezogener Zunge und künstlicher Respiration 15—20 Minuten (!) bis zum »ersten Zeichen des wiederkehrenden Lebens«. 2 Mal wiederholte sich in der horizontalen Lage dasselbe Ereigniss, um demselben Mittel zu weichen.

S. berichtet noch von einem zweiten, ähnlichen Falle und führt die Gefahrlosigkeit der Narkosen während der Geburt für die Nélaton'sche Ansicht an; während der Wehen sei eine cerebrale Anämie unmöglich; gleichzeitig empfiehlt er die Inversion auf für, durch puerperale Blutungen, bewirkte Gehirn-Anämie. **Ranke** (Halle).

Angelo Petrone. Sull' infiammazione della cartilagine e sulla sua struttura.

(Rivista clinica di Bologna. 1874. Luglio.)

In dieser vorläufigen Mittheilung verspricht Verf. ein grösseres Werk über Entzündung und Structur des Knorpels. Ueber die letztere finden sich schon jetzt einige Angaben, welche freilich denen von Heitzmann ziemlich ähnlich lauten. Vielleicht wird P. wenigstens in dem versprochenen Werke der Beobachtungen H.'s erwähnen.

P. fand ein weitmaschiges Canalsystem in der oberflächlichsten, von Synovia bespülten Knorpelschicht, ein zweites in der Knorpelsubstanz selbst, welches mit den Knorpelkapseln communicirt. In

den Knorpelkapseln und den damit communicirenden Kanälen liegen die Knorpelzellen mit ihren Ausläufern, ähnlich wie die Knochen- oder Corneakörperchen in den entsprechenden Räumen. Am allerbesten sollen diese Verhältnisse in Fällen von Rheumatismus acutus sichtbar sein. **Menzel** (Triest).

Domenico Fornara. Nuove ricerche sperimentali sopra il veleno del rospo.

(Rivista clinica di Bologna 1874. Luglio.)

Fontana hatte behauptet (sul veleno della vipera), dass die Viper selbst eine Immunität gegen Viperngift besitze und sprach die Vermuthung aus, dass wahrscheinlich jedes giftführende Thier für sein eigenes Gift unempfänglich sei. Vulpian unterstützte diesen Ausspruch, indem er dasselbe für die Kröte und den Salamander behauptete. Cl. Bernard griff diese Hypothese heftig an und durch erneute Versuche überzeugte sich Vulpian von deren Unrichtigkeit. F. wieder war a priori für die Fontana'sche Theorie eingenommen, da ja das vom Thier abgesonderte Gift mit den Säften des Thieres in Contact sei und von denselben auch absorbirt werden müsste. Die Verschiedenheit der Resultate zwischen Fontana und Cl. Bernard wäre eventuell durch die verschiedene Giftigkeit der Kröten zu erklären, mit denen sie experimentirten.

Thatsächlich stellte sich heraus, dass die italienischen Kröten viel giftiger sind, als die französischen ($5:3^1/_2$). Es gelang F. bisher nicht Hunde an subcutane Einspritzungen von Krötengift zu gewöhnen. Auch die Kröten selbst, denen Krötengift eingespritzt wurde, crepirten sämmtlich. Trotzdem glaubt F. schliessen zu sollen, dass die Kröte unter allen Thieren dem Krötengifte am meisten widerstehe.

Das Krötengift wurde theils aus den falschen Carotiden, theils aus den Hautdrüsen gewonnen. **Menzel** (Triest).

Carl Weil. Ueber das entzündliche Hautpapillom.

Vierteljahrsschrift f. Dermatologie und Syphilis 1874. 1. Jhrg. Hft. 1. (Abbildung in Chromolithographie auf Taf. III. l. c.).

W. beschreibt eine, auf der Klinik des Prof. Heine in Prag beobachtete, und dem von Roser im Jahre 1866 (Arch. d. Heilk.) mitgetheilten Falle ganz analoge papilläre Geschwulst. Dieselbe fand sich auf der Brust eines 73 Jahre alten Mannes. Derselbe war bis vor 5 Jahren gesund gewesen, hatte dann in der Hüftbeingegend, der Leiste und ad nates successive stark eiternde und mit Narbenbildung verheilte Abscesse bekommen. Ein Jahr später war einwärts von der linken Brustwarze eine kleine Geschwulst entstanden, welche aufbrach und eine trichterförmig eingezogene, immer noch nässende

Oeffnung zurückliess. Vor $1^1/_2$ Jahren entstand 2" über dem Proc. xyphoideus ein Knötchen, welches nach und nach in das gegenwärtige blumenkohlartige, nässende und eiternde Gebilde sich umgewandelt hat. Ueber der 5. rechten Rippe eine zu einem cariösen Herde führende Fistelöffnung.

An vielen Stellen sind die vergrösserten fleischrothen Papillen (?) an ihren Spitzen, oder etwas tiefer, mit einander verwachsen, wodurch Hohlräume entstehen, die Flüssigkeit, Eiter, Blut und Serum enthalten. Kleine Abscesse besonders am Rande der Geschwulst. Diese breitete sich peripher allmälig aus, indem über den eröffneten, randständigen Abscessen sich ebenfalls drüsige Bildungen entwickelten. Die Geschwulst wurde von Heine ausgelöffelt.

(Drüsige Fleischwärzchenbildung über und in der Umgebung von Caries-Fisteln gehört zu den häufigen Vorkommnissen, und dürfte der mitgetheilte Fall auch dieselbe Bedeutung haben, da eben Caries der 5. Rippe vorhanden war. Ref.) **M. Kaposi** (Wien).

Theodor Veiel. Ueber Bromkalium-Acne.

(Vierteljahrsschrift f. Dermatologie und Syphilis 1874. 1. Jhrg. Hft. 1.)

V. hat seine Beobachtungen an Geisteskranken der unter der Leitung des Dr. Häberle stehenden Heilanstalt in Stetten gemacht. Ueber Hautaffectionen in Folge von Bromkaliumgebrauch haben bereits berichtet Martin, Damourette, Pelvet, Hameau, Stone, Sander, Voisin, Cholmely, Mitchell, Clarke und Amory. V. theilt 12 eigene Beobachtungen ausführlicher mit. Der Ausschlag, welcher in all' den Fällen entstand, war Acne, ähnlich wie nach Jod- und Theergebrauch und hat gegenüber den letzteren nichts Charakteristisches. Es bilden sich Papeln von verschiedener Grösse, welche theils in Pusteln übergehen, theils sich wieder zurückbilden. Sie betreffen vorwiegend behaarte Partieen, ohne jedoch eine bestimmte Localisation zu wiederholen. Im Inhalt der Pusteln konnte keine Spur von Brom nachgewiesen werden. In einigen Fällen sah V. statt Acne Erythema nodosum oder Erythema diffusum der Unterextremitäten, eine dritte Form als quaddelartig erhabene, warzige Erhebung und eine vierte als zerstreute, grosse Verrucae (auch Ref. hat die beiden letzten Formen gesehen).

Die Hautaffection tritt bei manchen Personen schon nach geringen Dosen, bei anderen erst nach grossen Gaben auf. Geschlecht, Alter und Constitution scheinen keine bestimmte Disposition zu geben, wohl aber »die Beschaffenheit der Haut« (?). Mit dem Aussetzen des Medicamentes involvirt sich auch das Exanthem. Eine kritische Bedeutung für die Heilung der Epilepsie kann dem Bromkalium-Exanthem nicht zugeschrieben werden. **M. Kaposi** (Wien).

Haas. Mémoire sur la nécrose produite par la vapeur du phosphore.

(Société de chirurgie. Gaz. des hôpitaux 1874. No. 5.)

Verf. hatte Gelegenheit, in der an Phosphorzündholzfabriken reichen Umgebung von Saargemünd den Verlauf der Phosphornekrose oft zu beobachten und theilt seine nichts Neues enthaltenden Erfahrungen mit. Nicht jede Zahncaries disponirt zu besagter Affection, sondern nur die vorgeschrittenen Formen, welche den Eintritt der schädlichen Substanz in das Centrum und in die Canälchen des Zahnes ermöglichen. Die Nekrose beginnt stets an der Alveolarportion der Kiefer mit einer alveolaren Periostitis, gefolgt von Symptomen der Ostitis. Die suppurative Periostitis ist kein primäres, sondern bereits ein secundäres Symptom der Krankheit. Durch die Tendenz der Ausbreitung und durch die Art der Knochenneubildung, der Osteophyten, soll sich die Phosphornekrose von anderen nekrotischen Knochenprocessen unterscheiden. Wahrscheinlich wirken die Phosphordämpfe in der Form von Phosphorsäure (?).

Verf. ist ein Anhänger der frühzeitigen Operation. Von 6 Resectionsfällen starb 1 (acute Tuberculose) und von 2 wird das spätere Schicksal nicht erwähnt. **Tillmanns** (Leipzig).

Max Meyer. Bericht über die chirurgische Abtheilung der Krankenverpflegungsanstalt der jüdischen Gemeinde zu Berlin für das Jahr 1872.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 2.)

Die betreffende Abtheilung, unter der Leitung v. Langenbeck's stehend, nahm im Jahre 1872 273 Patienten auf. Aus dem Berichte heben wir hervor, dass eine Patientin nach Entfernung des Chloroform asphyktisch wurde; bei dem Schnitt zur Tracheotomie kam eine starke venöse Blutung, worauf sich Pat., die früher an nervösem Asthma gelitten hatte, erholte; ebenso erholte sich ein Pat., der durch ein Lymphosarcom des Halses orthopnöisch war und bei den ersten Chloroform-Athemzügen asphyktisch wurde, durch Lufteinblasen mit einem Schlundrohr nach vorheriger Tracheotomia superior. Eine grosse cavernöse Geschwulst, welche bei einem 9monatlichen Kinde die ganze linke obere Wangengegend, die ganze Nase bis zur Glabella einnahm und sich zu dieser Grösse aus 2 kleinen congenitalen Teleangiektasieen in 4 Monaten entwickelt hatte, wurde durch 7malige Anwendung der Galvanokaustik geheilt. Ein Enchondrom der Parotisgegend wurde durch Exstirpation in 14 Tagen geheilt. Carcinoma mammae wurde 8 Mal operirt, nur 3 davon ohne Achseldrüsenschwellung; 2 Mal traten Nachblutungen ein, so dass 1 Mal die Art. subclavia unterbunden werden musste; 1 Fall endete 6 Wochen nach der Operation durch Pleuritis lethal; 2 Fälle blieben noch in Behandlung, 5 Fälle

heilten in 2—3 Monaten, doch traten bei zweien schon nach wenigen Monaten Recidive ein. Bei einem 22jährigen Manne kamen multiple Exostosen zur Beobachtung. Das Leiden war erblich; ein kindskopfgrosser Tumor des os ilei machte Harnbeschwerden und Oedem des rechten Beines, wogegen palliative Behandlung eingeleitet wurde. Wegen eines Myxoma fibrosum der linken Tibia, welches sich aus einem varicösen Geschwür entwickelt hatte, wurde der Unterschenkel im oberen Drittel amputirt; Pat. genas. **Maas** (Breslau).

Alexander Ogston. On congenital malformations of the lower jaw.

(Glasgow med. Journal. 1874 Juli.)

Verf. theilt 2 Fälle von angeborner Kleinheit des Unterkiefers mit. Die erste Beobachtung betraf ein neugebornes Kind, welches wegen einer grossen Spalte des harten und weichen Gaumens nicht ernährt werden konnte und bald nach der Geburt an Entkräftung starb. Der Alveolarfortsatz des Oberkiefers ragte breit über den Unterkiefer vor. Beide Unterkieferhälften waren durch eine dünne Knorpelscheibe mit Ossificationskern verbunden. Die Zahnsäckchen vollzählig verhanden. Der Unterkiefer in seinen einzelnen Theilen durchaus wohl proportionirt, nur in allen Dimensionen bedeutend kleiner, als normal. So betrug die Länge des untern Kieferrandes, von einem Winkel zum andern gemessen, 6,8 Cm. (statt 8 Cm. Normalmaass nach Hüter); die Entfernuug vom Eckzahn zur Wurzel des proc. coronoid. 1,8 Cm. statt 2.2 Cm. etc.

In dem 2. Fall, bei einer 40jähr. Magd, war nur eine Kieferhälfte, und zwar die linke, in der Entwicklung zurückgeblieben. Gleichzeitig war aber der ganze Kopf asymmetrisch gebaut, linkerseits auffallend verkümmert. Die Differenz zwischen beiden Kieferhälften betrug mehr als ein Drittel in den verschiedenen Durchmessern. Auch waren die Zähne links schmaler und niedriger, etwas nach innen geneigt.

O. giebt bei Mittheilung dieser eigenen Beobachtungen eine Uebersicht über die wenigen, sonst in der Literatur beschriebenen Fälle von angebornen Missbildungen des Unterkiefers. Den bekannten, von Smith als congenitale Luxation bezeichneten Fall glaubt er, wie seinen 2. Fall, lediglich als Entwicklungshemmung auffassen zu müssen, da alle vorgefundenen Veränderungen derart waren, dass sie unmöglich als Folgen einer Luxation gedeutet werden können und da ausserdem die ganze linke Kopfhälfte in ähnlicher Weise, wie der Unterkiefer, wenn auch nicht so hochgradig, verkümmert war.

Schädel (Heidelberg).

Carl Gussenbauer in Wien. Ueber die erste durch Th. Billroth am Menschen ausgeführte Kehlkopf-Exstirpation und die Anwendung eines künstlichen Kehlkopfes.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 2.)

Bei einem 36jährigen, kräftigen und gesund aussehenden Religionslehrer machte Billroth am 27. November 1873 nach vorhergehender Tracheotomie die Laryngofissur, um ein ausgedehntes Epithelialcarcinom zu exstirpiren. Es gelang dieses mit Erhaltung des rechten Stimmbandes; doch schon Ende December wurde ein diffus wucherndes Recidiv constatirt und am 31. Decbr. wieder die Laryngofissur gemacht; der Pat. wurde hierzu durch eine Trachealkanüle chloroformirt. Es zeigte sich aber nach der Spaltung, dass das Carcinom nicht nur die ganze Schleimhaut, sondern auch das Perichondrium internum und im Bereich der Narbe das Perichondrium ext. einnahm, eine Entfernung also ohne Exstirpation des Kehlkopfs nicht möglich war. Da der Pat. hierzu seine Einwilligung gab, so verlängerte Billroth den Hautschnitt bis zum Zungenbein, machte den Kehlkopf zu beiden Seiten meist mit stumpfen Instrumenten frei, trennte dann die Trachea quer vom Ringknorpel los und legte in dieselbe eine Kanüle. Dann wurde der Kehlkopf mit scharfen Haken hervorgezogen und, nachdem der unterste Theil des Ringknorpels vom Oesophagus getrennt war, gelang es rasch, den ganzen Ringknorpel und die Giessbeckenknorpel vom Oesophagus abzulösen und dann nach Durchtrennung des Lig. thyreo-hyoideum den von hinten nach vorn losgetrennten Kehlkopf zu entfernen. Der 3. Theil der Epiglottis und ein Theil der beiden oberen Trachealringe wurde ebenfalls entfernt. Die Trachea wurde mit 2 Knopfnähten an der Halshaut befestigt, die Oesophaguswunde durch 3 Nähte verkleinert. Nach 4 Stunden kam eine heftige Nachblutung aus der A. laryng. sup., die unterbunden wurde. Die Heilung erfolgte ohne Störung so, dass ein cylindrischer Canal blieb, der einerseits in den Pharynx, andererseits in die Trachea führte. Das Schlingen war schon unmittelbar nach der Operation möglich, wobei flüssige Nahrung z. Th. aus der Halswunde floss. Es geschah deswegen die Ernährung mit der Schlundsonde; vom 18. Tage an war dies nicht mehr nöthig, da feste Speisen gut und schmerzlos vollständig in den Magen gelangten. Um dem Patienten auch die Stimme und Sprache möglichst wiederzugeben, wurde nach vielfachen Versuchen ein Apparat construirt (ähnlich den von französischen Chirurgen gebrauchten sogenannten Schornsteinkanülen, Ref.) und am 36. Tage nach der Operation eingesetzt. Eine starke Kanüle mit einer grossen oberen Oeffnung nach dem Pharynx zu wird in die Trachea eingelegt; durch diese und durch die angegebene Oeffnung wird von aussen her eine zweite, aufwärts gebogene Röhre hineingeschoben, welche entsprechend dem in der Trachea liegenden Theile der ersten Kanüle eine Oeffnung hat und mit ihrem oberen Lumen in der Höhe des Zungengrundes liegt, hier nöthigen

Falles mit einem künstlichen Kehldeckel versehen. In diese zweite Röhre wird als tongebender Apparat nach dem Vorschlage von G. eine Metallzunge eingeschoben. (Wir verweisen wegen des Genaueren auf das Original; der ganze Apparat ist bei Thuerriegl in sehr schöner Arbeit zu haben. Ref.) Mit diesem Apparat konnte der Pat. mit deutlicher Stimme so laut sprechen, dass er in einem grossen Krankensaale überall gut verstanden wurde. **Maas** (Breslau).

Société de chirurgie. Cas de mort subite trois mois après la trachéotomie.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 40.)

Krishaber beobachtete bei einem Kinde 3 Monate nach der Tracheotomie plötzlich eintretenden Tod. Die Operation war wegen hochgradiger Asphyxie, die durch Larynxstenose bedingt schien, gemacht worden. Bei Eröffnung des Larynx sah K. nichts von Croup oder sonstigen Abnormitäten. Nach der Tracheotomie Befinden gut; nach Entfernung der Kanüle treten die asphyctischen Anfälle wieder ein. 3 Monate nach der Tracheotomie stirbt das Kind ganz plötzlich unter den Augen K.'s. Die postmortale Untersuchung des Larynx und der Trachea ergiebt eine an der vorderen Wand der Luftröhre sitzende, polypenartige Geschwulst, mit kurzem Stiele, von der Grösse einer Erbse. Nach der histologischen Untersuchung liess sich nicht entscheiden, ob der Tumor einen gewöhnlichen, vor der Tracheotomie präexistirenden Trachealpolypen darstellte, oder ob es sich um eine Granulationsgeschwulst handelte, welche in Folge der Operation entstanden und das Lumen des Kehlkopfs verengte. K. entscheidet sich nach dem klinischen Verlauf des Falles für das Erstere und citirt zur Stütze seiner Ansicht 59 Fälle von Polypen der Luftwege. Eine nach Innen in die Trachea wachsende Granulationsgeschwulst nach Tracheotomie wegen Croup beobachtete u. A. Gigon (Union médicale 1862). Letzterer war genöthigt, das betreffende Kind zum 2. Male zu tracheotomiren. Das Granulom sass in der von der ersten Tracheotomie herrührenden Narbe.

Tillmanns (Leipzig).

Cadge. Address in surgery at the British medical association.

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 15. p. 183.)

C., der schon fast 200 Steinoperationen gemacht, spricht über die Ursachen der häufigen Steinbildung in Norfolk, und zwar mit Beschränkung auf die Harnsäure enthaltenden Steine. Zunächst stellt er an der Hand der Registrar-General's-Reports aus der Todesstatistik der letzten 5 Jahre das Factum fest, dass Norfolk mit einer jährlichen Todesrate von 1 : 42744 der Bevölkerung an Stein die erste Stelle

einnimmt. Völlig damit überein stimmen die von C. gesammelten Berichte der grösseren Spitäler, cf. die Tabellen des Originals.

Während er klimatische Besonderheiten entschieden zurückweist, findet er die Ursachen in dem Mangel an Milch in der Nahrung, dem übermässigen Genusse junger Biere, vor allem in dem harten Trinkwasser des Kalkuntergrundes. Dass auch der accumulirte Effect der Erblichkeit mitwirke, zeigt er an einzelnen prägnanten Beispielen.

Ranke (Halle).

Schoemaker. Chirurgische Mittheilungen.

(Arch. für klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 1. p. 130—144.)

I. Beschreibung eines neugebildeten Gelenkes nach der totalen Resection im Fussgelenk vor $5\frac{1}{2}$ Jahren, nebst einigen Bemerkungen über die Regeneration der Knochen.

Der Kranke war wegen Caries resecirt worden, welche sich nach einer vernachlässigten Distorsion des Sprunggelenks ausbildete und verrichtete bereits 6 Monate nach der Operation wieder Fabrikarbeiten. Er konnte den Fuss um 24° biegen und strecken, ein wenig drehen und mit erhöhtem Absatze sehr gut auftreten, da die Verkürzung der Extremität nur 2 Cm. betrug. Die anatomische Untersuchung ergab, dass das os naviculare und der Calcaneus knöchern mit einander verschmolzen und durch rareficirende Ostitis nebst Osteophytenbildung an ihrer, dem früheren Gelenk benachbarten Oberfläche in der Weise zerstört waren, dass sie den Unterschenkelknochen eine sattelförmig eingesunkene, zerklüftete Gelenkfacette boten. Tibia und Fibula hatten auf 6 Cm. hin neuen Knochen angesetzt, reichlich soviel, als durch die Resection entfernt wurde. Die geringe Verkürzung des Beines ist also auf Zerstörung des oberen Calcaneusabschnittes und auf Exfoliation des in der Resectionswunde zurückgelassenen unteren Talussegments zu beziehen. Sämmtliche benannten Theile sind durch ein äusserst mächtiges Fasergewebe, in dessen Mitte sich eine kleine Höhle ohne Epitheliumbekleidung findet, straff mit einander verbunden. Der Krankengeschichte angehängte Bemerkungen beziehen sich auf die Frage der Knochenregeneration nach Resection, auf die Möglichkeit der Wiedererzeugung einer mit Epithel bekleideten Synovialkapsel und der Gelenkknorpel.

II. Modificirtes Verfahren für die osteoplastische Verlängerung der Unterschenkelknochen bei der Exarticulation des Fusses.

Von dem Malleol. int. wird ein Schnitt schräg nach vorn und unten nach dem Rande des Fusses gemacht; von hier geht man quer durch die Fusssohle nach dem anderen Fussrande und von diesem nach hinten und oben zum Mall. ext. Die beiden Enden dieses Schnittes werden durch einen nach vorn convexen Schnitt auf dem Fussrücken vereinigt. Ein weiterer kleiner Schnitt wird auf beiden Seiten von dem

Vereinigungspunct dieser beiden Schnitte nach hinten und oben geführt. Der so umschnittene obere Lappen wird nach oben präparirt, gleichzeitig mit dem Periost der Malleolen. Nun sägt man die unteren Enden der Unterschenkelknochen, quer oberhalb des Fussgelenks und durch die Malleolen gehend, ab, und zieht nun den Fuss sammt den Malleolen nach vorn und unten, trennt mit dem Messer die Weichtheile an der hinteren oberen Fläche des Calcaneus und durchsägt diesen schräg von hinten nach vorn.

Das Wesentliche der Modification besteht also darin, dass die Ablösung des Fusses oberhalb des Sprunggelenks geschieht, daher die Articulatio tibio-tarsea nicht geöffnet zu werden braucht. Es dürfte die Methode bei knöcherner Ankylose im Sprunggelenk die Ausführung der Pirogoff'schen Operation wesentlich erleichtern.

III. Pathologisch-anatomische Mittheilungen über das sogenannte Mal perforant du pied.

Nach einer kritisch-historischen Uebersicht der über das Wesen dieser Ulceration geäusserten Ansichten folgt die Leidensgeschichte eines 50jähr. Mannes, bei welchem sich vor 12 Jahren aus einem Bläschen ein äusserst schmerzhaftes Geschwür in der Mitte der Planta pedis gebildet hatte, zu dessen Beseitigung im August 1872 die Pirogoff'sche Operation vorgenommen wurde. Allein bereits im September desselben Jahres Recidiv in der Narbe und im August des folgenden Jahres Amputation des Unterschenkels. Die mikroskopische Untersuchung in allen 3 Phasen der Krankheit stellte das Vorhandensein eines Epithelialcancroids ausser allen Zweifel, während die Localisation des Geschwürs, der langsame Verlauf desselben, die grosse Schmerzhaftigkeit, der hartnäckige Widerstand gegen jedes Aetzmittel, das Grösserwerden nach dem Abtragen der Ränder, das ursprüngliche Geschwür als Mal perforant aufzufassen zwingen.

Wilh. Koch (Berlin).

Mac Cormac. Behandlung der Palmar-Aneurysmen.

(British med. Journal 1874. May 30. p. 707).

In Folge der von Cripps in der Clinic. Soc. gemachten Mittheilungen (siehe Centralbl. f. Chir. No. 19, 1874) über traumatische Palmar-Aneurysmen, von denen durch Eröffnung des Sackes mit Unterbindung der verletzten Gefässe 2 geheilt, 3 gestorben (durch Nachblutung); durch Compression 9 geheilt; durch Ligatur der Gefässe(?) 2 geheilt; durch die der Brachialis 1 geheilt; durch Injection 1 geheilt sind, giebt Mac Cormac den Verlauf eines durch Digitalcompression glücklich behandelten Falles.

Bei einem 30jähr. Manne zeigte sich 3 Wochen nach der Verletzung nahe dem Handgelenke an der Ulnarseite der Hohlhand ein Aneurysma. Da subcutane Ergotininjection und Instrumental-Compression der Ulnaris und Radialis erfolglos blieben, so wurde mit

Zuhülfenahme von Hochlagerung und Eisblase auf das Aneurysma Digitalcompression der Brachialis ausgeübt.

40 Stunden nach Beginn der Compression war das Aneurysma härter und pulslos; in den folgenden Tagen trat wieder Pulsation auf, wurde später noch deutlicher; von Neuem Digitalcompression durch 24 Stunden; am 16. Tage der Behandlung bestand alternirend 4—5 Stunden Puls und Pulslosigkeit; am 26. Tage konnte Pat. vollkommen geheilt entlassen werden.

Mac Cormac will das Auftreten und Verschwinden der Pulsation in Zusammenhang bringen mit der Zusammenziehung des Fibrins im aneurysmatischen Sacke und dem dadurch von Neuem ermöglichten Blutzutritt. **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

John Cunningham. Traumatischer Tetanus erfolgreich mit Calabar behandelt.

(British med. Journal 1874. April 4. p. 450.)

Ein 7jähriger Knabe hatte am 31. Juli v. J. eine Zerreissung und Quetschung der Weichtheile des linken Fusses, besonders im Bereiche der grossen Zehe und der Innenseite des Fussrückens erlitten. Die Theile waren in bester Heilung, als am 11. August Frost und Schmerzen im Halse auftraten. Abends Behinderung im Oeffnen des Mundes, Krampf der Nackenmuskeln. Am 13. hatte sich die Muskelstarre über den ganzen Körper verbreitet und alle 15 Minuten erfolgten die schmerzhaftesten klonischen Krämpfe, welche am 18. weniger stark waren. Seit dem 20. erfolgte schnelle und dauernde Besserung. Vom 13. ab waren alle $1^1/_2$ Stunden $^1/_{24}$ Gran Calabar-Extract gegeben worden, später ging man bis auf $^1/_{10}$ Gran p. dosi. (Die Darstellungsweise erlaubt keinen Schluss auf die wirklich verbrauchte Menge des Extracts, noch auf dessen Wirkung, nicht einmal die Pupillen sind berücksichtigt; somit verliert diese Beobachtung an therapeutischem Werthe. Ref.)

Ch. Allen. Acuter Tetanus, in Genesung ausgehend.

(Ibid.)

Am 11. Juni war einem 11jährigen Knaben die linke Hand durch ein Kammrad derartig verletzt, dass die erste Phalanx des 2. und 2 Phalangen des 3. und 4. Fingers entfernt werden mussten. Als die Heilung fast erfolgt war, kamen am 18. Tage die Vorboten des am folgenden Tage auftretenden Tetanus mit vollem Trismus und Opisthotonus; die Muskulatur des Bauches und der unteren Extremitäten war besonders ergriffen. Am 16. Juli begann die gleichmässig fortschreitende Besserung. Die Therapie hatte in Verabreichung einer Lösung von Morph. muriat. mit Extr. cannab. Indic. bestanden. (Auch hier ist kein Schluss über die verbrauchte Menge der Mittel und ihre Wirkungsweise möglich. Ref.)

Pilz (Stettin).

Haberkorn (Wiesbaden). Zur Therapie der Gonorrhoe.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 34.)

Verf. empfiehlt einprocentige Chininlösung einzuspritzen. (Ref. kann gute Erfolge von Anwendung des amorphen Chinins bezeugen).

v. Mosengeil (Bonn).

J. Romanowsky. Zwei Fälle von Amputatio subtalica.

(Moskauer med. Zeitung, 1874 No. 21.)

1. Fall. Bei einem 50 J. alten Soldaten a. D. hatte sich am linken Fusse gangraena senilis von den Zehen bis in die Nähe der Tarso-Metatarsalgelenke entwickelt. Ausserdem war das Gelenk zwischen Os metatarsi V und dem Würfelbein eröffnet und die Hälfte des Fersenbeins im Grunde eines selbstständigen gangränösen Geschwürs blossgelegt. Rechterseits waren die Zehen brandig, die Tuberositas calcanei ebenfalls in geringer Ausdehnung entblösst und auf dem rechten Knie befand sich ein bis zur Patella vordringendes, brandiges Geschwür ohne Eröffnung des Kniegelenks. R. führte die Amputation beider Füsse in einer Sitzung aus und zwar rechts in der Lisfranc'schen Linie, links sub talo. Wegen der Ausdehnung der Geschwüre fiel die Bedeckung des Knochenstumpfus durch einen vordern innern Lappen ziemlich mangelhaft aus und war deshalb, nach erfolgter Heilung, die Gebrauchsfähigkeit des Fusses nur eine mittelmässige.

2. Fall. Patient 51 J. alt; Gangrän der Zehen des linken Fusses durch Erfrierung, Caries der Fusswurzelknochen mit Ausnahme des Sprungbeines. Amputatio sub talo; erst ein Cirkelschnitt durch den Fussrücken und die Sohle in der Höhe des Chopart'schen Gelenkes, dann ein Horizontalschnitt unter dem Mall. ext. Ausschälung des Fersenbeins. Lappen nach 5 Wochen angeheilt, doch ist noch nach 2 Monaten eine kleine Wunde nicht geschlossen. Der Stumpf verspricht eine befriedigende Gebrauchsfähigkeit. **Heppner** (St. Petersburg).

Hénocque. Pierre de l'utérus recueillie par Amussat en 1829. Examen histologique établissant qu'elle est constituée par un liomyome calcifié.

(Arch. de Physiologique 1873. Juillet. Pl. XIV—XVI. 6 S.)

Amussat (Vater) fand in der Uterinwand (welcher?) einer alten Frau, die 1829 in der Salpetrière gestorben war, eine steinharte Geschwulst von ovoider Form, einem versteinerten Schwamm ähnlich, mit dem grössten Umfang von 40 Cm., mit dem kleinsten von 20 Cm. (Gewicht?). Die Consistenz der Geschwulst ist weit brüchiger als Knochen, der Bruch selbst fast immer lamellös. Die 21stündige Behandlung kleiner Bruchstücke mit verdünnter Salzsäure ergiebt eine elastische, nun zu feinen Schnitten taugliche Masse, welche bei starken Vergrösserungen glatte Muskelfasern deutlich zeigt.

Dieses Ergebniss der erst nach 44 Jahren angestellten genauen Untersuchung ist jedenfalls bemerkenswerth. Die Abbildungen der Geschwulst sind vortrefflich; dagegen sprechen die mikroskopischen Bilder nicht für glatte Muskelfasern.

Leopold (Leipzig).

Bucquoy. Note sur un cas de rage traité par les injections intraveineuses de chloral.

(Bulletin général de thérapeutique 1874. 15. Juli.)

In einem Fall von Lyssa humana, abgesehen von einer kurz dauernden Beruhigung, waren Chloralinjectionen erfolglos versucht worden. Trotzdem dem Kranken das erste Mal 10, am folgenden Tage 20 grm. Chloral in 10procentiger Lösung infundirt wurden, trat der Tod ein drei Tage nach dem Ausbruch der Krankheit.

Girard (Strassburg i/E.).

Radcliffe. Memoranda of the effects of carbolic acid in a large dose.

(Philadelphia med. Times 1874 No. 114 p. 210.)

Einem an chronischem Gelenkrheumatismus leidenden General wurden aus Versehen eine Unze flüssiger Carbolsäure statt einer Unze Acid. nitricum verab-

folgt. Er nahm davon etwa ein Quantum von einer halben Drachme Carbolsäure in 8 Unzen Wasser, glücklicherweise bei vollem Magen. Er kam mit Erbrechen, Nasenbluten und etwas Schläfrigkeit ohne weiteren Nachtheil davon.

Wilh. Koch (Berlin).

C. M. Ellis. A case of spina bifida cured by aspiration and injection of Jodine.

(Philadelphia med. Times 1874 No. 114 p. 213.)

Mittelst gewöhnlicher, für hypodermatische Injectionen bestimmter Spritze wurden in einer Sitzung zunächst c. 6 Unzen Flüssigkeit aus der Geschwulst entleert und einen Monat später nach abermaliger Aspiration des flüssigen Inhalts, in dieselbe 3 Drachmen einer alkoholischen Jodjodkalilösung injicirt und dort belassen. Die nächsten Tage danach Fieber, aber ohne Erscheinungen von Rückenmarksreizung; in 4 Monaten Geschwulst vollkommen verschwunden.

Wilh. Koch (Berlin).

Laugier. Fracture bimalléolaire compliquée de plaie. Occlusion et apparail platré. Guérison.

(France médicale 1874. No. 64.)

L. beschreibt eine complicirte Fractur beider Unterschenkelknochen mit Luxation des Fusses nach aussen. Das obere Fragment der Tibia prominirte aus der Wunde.

Wenige Stunden nach der Verletzung wurde nach vorhergegangener Reposition die Wunde mit Watte und Collodium bedeckt und das Glied durch einen Gypsverband immobilisirt. Unter diesem Occlusionsverbande, der erst nach 14 Tagen entfernt wurde, heilte die Verletzung ohne erhebliche Reaction in 7 Wochen.

Bei diesem von Guyon, auf dessen Abtheilung der besprochene Fall lag, angewandten Occlusionsverfahren bestreicht man die Wunde und ihre Umgebung mit Collodium und legt so lange ganz dünne Watteschichten auf, bis eine mehrere Millimeter dicke, feste Decke gebildet ist. Der von ihm gebrauchte Gypsverband besteht im Wesentlichen aus zwei Gypscompressen, von denen die eine auf der Rückseite des Beines von der Kniekehle über die Ferse bis zur Fussspitze geht, die andere quer über die Fusssohle an den Seitentheilen des Unterschenkels hinauf gelegt wird.

Derselbe. Luxation ischio-pubienne (ovalaire). Réduction facile sous le chloroforme, par la méthode de douceur.

(France médicale 1874. No. 67.)

Ein Erdarbeiter war verschüttet worden und hatte sich eine Luxatio obturatoria zugezogen. Das linke Bein war stark abducirt und nach aussen rotirt, Hüft- und Kniegelenk flectirt. Die Axe des Oberschenkels schoss stark nach innen vorbei. Am grossen Trochanter zeigte sich eine starke Einsenkung; unmittelbar über dem tuber. ischii war der Kopf zu fühlen. In der Narkose gelang die Reposition durch Flexion, Adduction und Rotation nach innen sehr leicht.

L. betont den Unterschied des Symptomencomplexes dieser Luxation von dem der luxatio subcotyloidea, bei der nur eine ganz geringe Abduction und Rotation auch aussen vorhanden ist.

Sehr warm empfiehlt er zur Einrichtung von Hüftluxationen die hier befolgte méthode de douceur.

Lichtheim (Breslau).

Hulke. Necrosis of stump two months after amputation. (Middlesex Hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 29. p. 234.)

Am 15. April 1874 erlitt ein 31jähr. Mann eine complicirte Comminutivfractur des linken Unterschenkels mit bedeutender Quetschung der Weichtheile und einer gleichzeitigen Quetschwunde der anderen Extremität. Am 5. Mai wegen diffusen, eitrigen Oedems Amputation über den Condylen des Femur. Der Rand des Lappen wurde in den nächsten Tagen gangränös; gute Granulation, bis sich der Einfluss des necrosirenden Knochenendes geltend machte. Am 1. Juli Resection von 2 Zoll des Femurendes, von dem $1^1/_2$ Zoll necrotisch befunden wurden. Die weitere Beobachtung reicht nur bis zum 6. Juli und constatirt ein gutes Wundaussehen. Die Nachbehandlung der Amputation war mit einer Art antiseptischen Verbandes erfolgt.

Derselbe. Excision of hip-joint for advanced morbus coxae.

$3^1/_2$jähr. Mädchen mit chronischer Coxitis, aufgebrochen an der äusseren Oberschenkelseite, wurde am 1. Juli in der Aethernarkose mit Bogenschnitt operirt, der Kopf über dem grossen Trochanter entfernt, zugleich erkrankte Stellen der perforirten Pfanne weggenommen. 6 Tage nach der Operation war das Allgemeinbefinden gut, starke Eiterung. Weiterer Bericht nicht gegeben.

Ranke (Halle).

Cuffer. Spontan-Fractur des rechten Oberschenkels, verursacht durch Osteosarcom.

(Bulletin de la societé anatom. de Paris. 1874. p. 155.)

Eine 40jähr. Frau, vor 11 Jahren wegen Syphilis behandelt, wurde von Neuem durch mercurielle Behandlung bei einer ohne nachweisliche Ursache entstandenen Taubheit gebessert; ihr cachektischer Zustand, ihre Blässe, wofür keine Ursache aufgefunden werden konnte, nahmen aber zu. Plötzlich klagte sie über heftigen Schmerz im rechten Beine und man bemerkte im unteren Drittel des Oberschenkels bedeutende Schwellung, Erguss im Kniegelenk; die Kranke wurde verlegt; nach dem Transport war die Fractur zu constatiren; fester Verband; bei der Erneuung desselben findet sich starker Callus; bald darauf erneute heftige Schmerzen im Beine und die Zeichen einer neuen Fractur. Verfall der Kräfte, Tod.

Section: Im unteren Drittel beider Oberschenkel liegt unter dem Periost und in der Markhöhle eine graue Geschwulstmasse, rechts von grösseren Dimensionen, als links. Jederseits communicirt die Geschwulst unter dem Periost mit der der Markhöhle durch einen Fistelcanal; die erste Fracturstelle ist zum Theil consolidirt, die frische Fractur ohne jede Spur von Consolidation. Die Geschwülste erwiesen sich als Osteo-Sarcome.

Pilz (Stettin).

Donald Fraser. Spontaner Abgang eines Blasensteines bei einer 39-jährigen Frau.

(Sitzungsber. der Glasgow med. and clinical society vom 8. Mai 1874.)

F. demonstrirte einen ohne jede Kunsthülfe per urethram abgegangenen Blasenstein von ganz enormer Grösse. Der Stein war birnförmig gestaltet, hatte eine Länge von fast 3″ und $3^5/_8$″ im grössten Breitedurchmesser. Sein Gewicht betrug 1 Unze. Nach Abgang des Steins wurde die schon seit Monaten vollständig incontinente Harnröhre wieder so weit schlussfähig, dass Pat. den Urin etwa 1 Std. halten konnte.

Schädel (Heidelberg).

Fayrer. Ununited fracture of the humerus.

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 22. p. 203.)

F. erzählt einen Fall von Pseudarthrose des Humerus, von ihm 1854 mittelst Resection der Fragmente und einfachen Schienenverbandes geheilt. Die Fractur

war einige Jahre zuvor bei einem Ringkampfe erworben. Pat., ein muhamedanischer Athlet, starb mit völlig gebrauchsfähigem Arme, bei einer Begegnung mit seinem früheren Gegner, an einem Brustschusse. **Ranke** (Halle).

P. Gueterbock. Ein Fall von Darmstein. Berl. med. Gesellschaft, Sitzung vom 25. März 1874.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 23.)

G. theilte einen Fall mit, bei welchem häufig typhlitische und perityphlitische Anfälle vorkamen, die meist schnell vorübergingen, schliesslich einmal intensiver wurden, wobei ein aus Kalkphosphaten bestehender Darmstein per anum zur Entleerung kam. Derselbe war von der Grösse einer Haselnuss und trug in seinem Innern eine Feder. Zugleich bildete sich ein Abscess, der sowohl in den Darm, als nach aussen durchbrach. Die Unterminirungen der Bauchdecken nöthigten zu Spaltungen und Drainage, unter welcher Behandlung Besserung folgte und Heilung sich erwarten lässt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Hussey. Cases of haemorrhage from the palm of the hand, treated by pressure.

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 29. p. 231.)

1) Aneurysma des arcus palmaris. Ein 48jähr. Arbeiter wurde 1868 wegen einer plötzlichen Blutung aus einer Geschwulst im linken Handteller aufgenommen. Seit über 7 Jahren war dieselbe nach einer starken Anstrengung entstanden, entleerte bei einer Punction Blut und wuchs stetig. Die Finger konnten nicht gestreckt werden. Bei einem gewaltsamen Streckversuch platzte die Geschwulst und Pat. verlor schnell eine grosse Menge Blut. Provisorische Stillung durch ein Band um den Arm. Im Hospital wurde durch Bindencompression die Blutung bis zur eintretenden Eiterung nach 20 Tagen definitiv gestillt. Rasche Heilung. 1872 wurde Pat. mit voller Streckfähigkeit der Finger im Hospital gesehen.

2) Ein 50jähr. Schuhmacher wurde 1872 mit starker Blutung aus einer frischen Wunde der palma der linken Hand aufgenommen und die Diagnose einer Verletzung des arcus gestellt. Auch hier wurden Finger, Hand und Vorderarm sorgfältig eingewickelt; die Wunde heilte ohne Eiterung und wurde noch im Jahre 1874 die dauernde Heilung constatirt. **Ranke** (Halle).

Mac Cormac. Successful resection of the shoulder-joint in a case of gunshot wound. (Brit. med. association, surgic. sect.)

(Med. tim. and gaz. 1874. Aug. 29. p. 243.)

Ein 39jähr. kräftiger Mann wurde am 12. April 1871 an der Brücke von Neuilly verwundet. Die Kugel, von hinten oben nach vorn unten gehend, hatte den rechten Oberarmkopf und oberen Theil des Humerus zerschmettert. Resection am folgenden Tage mit einem Longitudinalschnitt durch die Mitte des Deltoideus; Entfernung von mehr als 12 Fragmenten, Abtragung des unregelmässigen Humerusendes; im ganzen $3^1/_2$ Zoll betragend. Heilung mit vorzüglicher Gebrauchsfähigkeit des Arms, dem einzig die Elevation in seitlicher Richtung in einiger Ausdehnung mangelt. Die Beobachtung geht bis zum August 1874. **Ranke** (Halle).

Berichtigung:

S. 349, Z. 6 v. o. lies vernickelter statt verwickelter.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. Sonnabend, den 10. October. 1874.

Kehrer. Ueber das putride Gift.

(Arch. für experim. Pathol. und Pharmak. 1874. Hft. 1.)

K. injicirte mit einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze Faulflüssigkeiten unter die Haut von Kaninchen. Die angestellten Experimente zerfallen in 3 Categorieen: 1) vergleichende Untersuchung über die Wirkung putrider Flüssigkeiten und deren Thonzellenfiltrat; 2) wie wirkt die Siede- und Gefriertemperatur auf putride Substanzen? 3) Erforschung der wirksamen Minimaldosen von Faulflüssigkeiten.

K. kommt zu folgenden Resultaten:

1) Die toxischen Körper sind im Wasser der Faulflüssigkeiten nicht gelöst, sondern in moleculärer Form darin suspendirt. Das durch Thonzellen gewonnene, von allen morphologischen Elementen befreite Filtrat bewirkt nur vorübergehende Schwellung an der Einstichstelle, dagegen keine allgemeinen Erscheinungen.

2) Durch längeres, $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde fortgesetztes Kochen werden

die toxischen Körper der putriden Flüssigkeiten unwirksam, während sie durch Frost nichts von ihrer Wirksamkeit einbüssen.

3) An der Injectionsstelle rufen die toxischen Körper der Faulflüssigkeiten eine, mit der Stärke der Dosis steigende, diffusse Entzündung hervor, ferner ein lebhaftes Fieber und gewöhnlich auch Magen- und Darmkatarrh.

4) Bei Kaninchen führen Dosen von 0,8—1,6 cc. putrider Flüssigkeit oft, grössere Dosen sicher den Tod herbei und zwar entweder in den ersten 2 Tagen, oder nach längerer Eiterung im Verlauf von 14 Tagen. Die Section ergiebt bei rasch verstorbenen Thieren immer ungewöhnlich starke Fäulniss, zumal an der Injectionsstelle, inconstant dunkles, dickflüssiges Blut im Herzen und in den Gefässen, Milzschwellung und neben Schwellung der Magen- und Darmschleimhaut dünnen, wässrigen, oder schleimigen Inhalt des Darmtractus.

Die Fragen, ob das putride Gift, das Sepsin, ein einfacher Körper, oder ein Complex von Stoffen ist, ob dasselbe eine bestimmte chemische Constitution besitzt, ob letztere nicht in den Einzelfällen verschieden, vielleicht überhaupt einem fortwährenden Wechsel unterworfen ist, alle diese Fragen bleiben, wie Verf. angiebt, auch nach den vorliegenden Versuchen noch ungelöst. **Tillmanns** (Leipzig).

B. Lentschewsky. Ueber den muskulösen Verschlussapparat der weiblichen äusseren Geschlechtstheile.

Inaug.-Diss. St. Petersburg. 1874. (russisch.)

In der Litteratur finden sich höchst widersprechende Ansichten über den Bau und die physiologische Bedeutung der die Schamspalte und den Scheideneingang umgebenden Muskeln und demgemäss ist auch die Nomenclatur derselben eine vielseitige. Kobelt lässt den von ältern Autoren als Constrictor cunni beschriebenen Muskel paarig von der Perinealfascie seitlich vom Anus beginnen und in seinem weiteren Verlaufe nach oben aus einem vorderen, über dem Dorsum clitoridis mit dem Muskel der anderen Seite zusammenfliessenden Bündel und einem hinteren zwischen Clitoris und Harnröhre hindurchtretenden Bündel bestehen. Der Muskel als Ganzes umgreift nach Kobelt die äussere und hintere Fläche der Vorhofszwiebel und wurde deshalb von ihm Compressor bulbi genannt. Bei etlichen Säugethieren fand Kobelt einen Zusammenhang der beiden paarigen Muskeln auch an der hinteren Wand des Vorhofes, ausserdem einen selbständigen Ringmuskel, den er Constrictor vestibuli nennt. Einen von dem Compressor bulborum oder Bulbo-Cavernosus unabhängigen, dem Ringmuskel bei Thieren analogen Muskel will Luschka in seinem Sphincter vaginae atque urethrae auch beim Weibe entdeckt haben. Luschka versetzte diesen Ringmuskel oberhalb der tiefen Perinealfascie, aber schon Henle suchte nachzuweisen, dass Luschka wahrscheinlich den an dieser Stelle vorkommenden M. transversus perinei profundus vor sich gehabt habe. Zur Klärung dieser

Frage unternahm Verf., auf Veranlassung des Ref., eine Reihe von Untersuchungen an Leichen von Frauen, Hündinnen und Katzen und kam zu folgenden Resultaten: Um den Scheideneingang und die Schamspalte lagert sich ein Muskel, der von dem Verf. Constrictor communis vestibuli et introitus vaginae genannt wird und jederseits aus 3 Bündeln besteht. Das innerste, zugleich vorderste Bündel, Fasciculus anterior s. internus ist dünn, bandförmig, entspringt hinten von dem oberflächlichen Blatte der Fascia perinei, erhält manchmal accessorische Fasern von der oberflächlichen Schicht des Afterschliessers der entsprechenden Seite, umgreift den Bulbus vestibuli an dessen vorderem Rande und einen Theil der äussern Fläche und endigt vorn oben an dem Seitenrande der Clitoris. Das mittlere Bündel, Fasciculus medius s. ansa anterior, entspringt ebenfalls von der oberflächlichen Dammbinde, stellt mitunter eine directe Fortsetzung des Transversus perinei superficialis dar und kann auch Hülfsfasern von dem mittleren Stratum des Sphincter ani erhalten. Er umgreift den hintern Abschnitt des Bulbus, steigt zur untern Fläche der Clitoris auf und fliesst oberhalb der Urethra mit dem entsprechenden Bündel der andern Seite zusammen.

Das dritte, stärkste Bündel des allgemeinen Vorhofs- und Scheidenschliessers, die Ansa posterior entspringt fächerförmig vom Ramus descendens pubis oberhalb des Crus clitoridis und des dasselbe bedeckenden M. ischio-cavernosus, theilweise auch von der untern Aponeurose des Diaphragma uro-genitale, steigt hinter den beiden erwähnten Bündeln zum Perineum herab und fliesst bogenförmig mit dem entsprechenden Bündel der andern Seite zusammen. Der aus diesem Zusammenfluss gebildete Muskelstrang ist 0,8—1,2 Cm. breit und ca. 0,2 dick und liegt unmittelbar an der hintern Circumferenz des Introitus Vaginae. Ein vollständig circulärer Muskel im Sinne Luschka's kommt beim Weibe weder unterhalb, noch oberhalb der tiefen Perinealfascie, wohl aber beim Hunde und der Katze vor. — In Betreff der physiologischen Wirkung stellt Verf. folgende Grundsätze auf: Die Fasciculi anteriores comprimiren die Bulbi vestibuli und verengeren in zweiter Instanz die Schamspalte, während die beiden Ansae um den Scheideneingang einen schlingenförmigen Schliessmuskel bilden, der einestheils die Urethra nach abwärts, anderntheils die hintere Circumferenz des Scheideneingangs nach aufwärts zieht. Verf. hatte Gelegenheit, sich an einer, vom Ref. wegen Blasenscheidenfistel operirten und an Vaginismus leidenden Kranken, von der Richtigkeit dieser Ansicht zu überzeugen. Bei der geringsten Berührung der Ausgänge der Bartholin'schen Drüsen erfolgte eine reflectorische Contraction des Scheidenschliessers und eine hauptsächliche Verengerung des Scheideneinganges in der Richtung von hinten nach vorn, eine geringere von den Seiten her. Der zur Heilung des erwähnten Uebels nach hinten und zu beiden Seiten geführte Schnitt in den Introitus vaginae, erhält somit durch die Untersuchung L's. seine wissenschaftliche Begründung.

Heppner (St. Petersburg).

Haussmann. Die Parasiten der Brustdrüse. Zweiter Theil der Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Berlin 1874. 80 S.

Von den pflanzlichen Parasiten können der Brustwarze von dem Munde des gesäugten Kindes zugeführt werden: 1) Bacterien und Vibrionen, welche entweder aus der mütterlichen Scheide, oder nach der Geburt aus der Luft, oder von der Brustwarze her stammen; 2) Sporen verschiedener, nicht näher bestimmter Pilze aus der Scheide oder dem Darminhalte der Mutter; 3) Sporen des Oidium lactis und 4) des Oidium albicans (Robin). Beide sind nach H. identisch. Das Oidium albicans stammt aus der mütterlichen Scheide, aus der Luft, von der mütterlichen Brustwarze etc., oder durch Keimung des ihr zugeführten Oidium lactis. 5) Leptothrix buccalis, zwar von Seux, aber nie von H. an der Warze gefunden. Im Munde des Säuglings findet Leptothrix sich immer in Verbindung mit dem Oidium albicans.

Von den thierischen Parasiten sind die Echinococcen einer sehr fleissigen Bearbeitung unterzogen. Die Echinococcen der Brustdrüse, zuerst von Birkett, allerdings nicht vollständig, zusammengestellt, liegen in einer einfachen, durch Verdrängung der Drüsenläppchen und des zwischen ihnen gelegenen Bindegewebes entstandenen Höhle, deren Wand bis 1 Cm. dick erscheint. Sie enthält eine meist wasserhelle, leicht opalescirende, serumähnliche Flüssigkeit, die frisch weder durch Säuren, noch durch Hitze Eiweiss fallen lässt. In der Brust findet sich: 1) der Echinococcus im Zustand reiner Scolexproduction (ziemlich häufig, meist solitär im Körper, nur einmal mehrfach); 2) der Echin. hydatidosus, der meist endogen, selten exogen proliferirt. Der Ech. multilocularis ist in der Mamma bisher nie beobachtet.

Die Echinococcusgeschwulst entwickelt sich unmerklich, ist fest, mit der Drüse innig verbunden, vom Brustmuskel abhebbar, unter der Haut beweglich. Hydatidenschwirren ist noch nie wahrgenommen worden. Die Geschwulst wächst schmerzlos weiter und fluctuirt meist deutlich. Die Achseldrüsen sind bisweilen gleichzeitig angeschwollen. Der Tumor kann bisweilen Jahre lang anscheinend unverändert bestehen, oder schnell sich beträchtlich vergrössern, bei der Lactation oder nach mechanischen Einwirkungen. Das Allgemeinbefinden ändert sich durch die Geschwulst nicht im geringsten; die Säugung mit der erkrankten Brust war in einem Falle gefahrlos.

Der Echinococcus, in der Mamma jedenfalls sehr selten (16 Fälle bisher), übertrifft an Häufigkeit noch das Lipom und das Enchondrom. Die seltene Erkrankung der Mamma durch Echin. erklärt sich nach H. 1) aus ihrer grösseren Entfernung von den aus dem Magen hervorgehenden Gefässen, sowie 2) aus der auf eine ziemlich kurze Lebenszeit beschränkten, gesteigerten Entwicklung der Brustdrüse. Niemals sind Echin. durch Ulceration von Seiten der Lungen oder eines Brustfellsackes in die Brustdrüse gelangt.

In schwierigen Fällen wird die Diagnose durch die Probepunction zu stützen sein. Die Prognose ist weit günstiger, als bei Echin. anderer Organe. In der Behandlung hat man die Prophylaxis, die Hygiene in Küche und Haus, besonders Haushunden gegenüber, sehr zu pflegen. Günstige Erfolge bringen nach Astley Cooper u. A. weite Einschnitte und Entfernung der Blasen, die man im Falle stärkerer Verbindung mit der Drüse herauseitern lässt.

Tod oder Nachblutungen nach der Operation sind noch nie erfolgt. Die Amputation der Mamma ist nicht gerechtfertigt.

Von anderen Würmern in der Brustdrüse, für deren angebliches Vorkommen zahlreiche Stellen aus alter Zeit citirt sind, weist H. die Maden- und Fadenwürmer entschieden zurück; das Vorkommen von Spulwürmern dagegen erklärt er als Täuschung und zwar hervorgebracht entweder nach dem Erbrechen eines Spulwurmes, oder in den sechs aus alter Zeit überlieferten Fällen höchst wahrscheinlich durch den Gebrauch von damals beliebten Wurmsalben und -Umschlägen.

Leopold (Leipzig).

Zur Lehre von der Transfusion.

Wir haben aus No. 32 und 34 der Berl. klin. Wochenschrift über folgende fünf Aufsätze zu berichten:

1) **Heller** (Danzig). Beitrag zur Statistik der Thierbluttransfusionen.

Bei einem 24jährigen Kanonier erfolgten aus einem supponirten Ulcus ventriculi erschöpfende Blutungen. Die Transfusion von Hammelblut wurde nach Hasse'scher Methode in der Quantität von etwa 400 grm. gemacht. Die Klemme wurde aber, nach Einführung der Kanüle in die Hammelcarotis, auf diese, statt auf den Gummischlauch aufgesetzt; es sollte so das Blut weniger dem Gerinnen ausgesetzt sein. Fünf Stunden nach der Operation trat der Tod ein. Die Obduction ergab ein Carcinoma Pylori. Alle Organe sehr anämisch. Das schnelle Eintreten des Todes will Verf. mit Wahrscheinlichkeit auf die Operation zurückführen.

2) **Thurn** (Niederrad bei Frankfurt a/M.). Directe Lammbluttransfusion.

Verf. hat 5 Mal die Operation angewandt, 4 Mal bei Phthisikern, deren einer starb; 1 Mal nach einer erschöpfenden Metrorhagie. Die transfundirten Blutmengen betrugen 180—200 grm. bei den Phthisisfällen, etwa 360 nach der Metrorhagie. In den ersteren Fällen trat Besserung und subjectives Wohlbefinden, im letzteren Heilung ein. Das Blut war von Lämmern genommen.

3) **Brügelmann** (Cöln). Ein Fall von Phthisis Pulmonum, geheilt durch Inhalationen und eine Lammbluttransfusion.

Nach Beschreibung obigen Falles theilt Verf. mit, dass mehrere Stunden nach der Operation in dem Blute des Kranken zahlreiche

Lammblutkörperchen zu finden waren, gleichzeitig aber auch eine ganze Unmenge von zu Grunde gegangenen menschlichen. Nach zwei Tagen sei absolut kein Lammblutkörperchen mehr aufzufinden gewesen. Da diese total, die menschlichen massenhaft zu Grunde gehen, drängt sich die Frage auf, was bei der Transfusion die nachhaltige gute Wirkung haben kann. Verf. vindicirt dieselbe dem Fibrin. Schliesslich berichtet B. noch über weitere 15 directe Lammbluttransfusionen. Zum Schlusse erwähnt Verf., dass die Operation nur bei chron. Katarrhen der Lunge den gewünschten Erfolg habe. Bei wirklicher Tuberculose sei sie völlig wirkungslos. Ferner erscheine die Operation nur zulässig, wo wenigstens noch zwei Dritttheile der Lunge intact seien. Das bei weiterer Zerstörung derselben zugeführte, grössere Blutquantum könne nicht genügend oxydirt werden, es trete permanente leichte Kohlensäure-Intoxication ein, welcher die Pat. früher erliegen, als es ohne Transfusion geschehe. Sodann bemerkt B., dass in allen günstig verlaufenden Fällen in den ersten zwei Tagen die Temperatur bedeutend fällt, um danach ebenso hoch, oder höher, als vorher zu steigen und sich allmälig der Norm wieder zu nähern. Die Nachtschweisse werden sofort, oder binnen wenigen Tagen völlig coupirt. Hämaturie tritt gewöhnlich auf, ist aber, je kleiner das blutgebende Thier war, desto geringfügiger. Urticaria ist am 8.—10. Tag gewöhnliches Vorkommen, fehlt aber häufig, wenn ganz junge Thiere benutzt wurden; sie ist von lebhafter Temperatursteigerung begleitet. Die bis jetzt einzig mit Sicherheit constatirte Gefahr bei Thierbluttransfusionen sieht Verf. nur in der Ueberfüllung von Herz und Lungen und damit zusammenhängender Herzlähmung. Halbjährigen Lämmern giebt er aus obigen Gründen vor älteren den Vorzug.

4) **Trepper und Nagel** (Metz). Ein Beitrag zur Transfusion.

Die Vff. haben directe Transfusion an Hunden gemacht, indem sie aus der Carotis des einen Hundes Blut in die Vena cruralis des anderen, und aus der Carotis dieses letzteren in die Vena cruralis des ersteren fliessen liessen. Es fand sich, dass die Operation etwa 10 Minuten lang fortgesetzt werden konnte, ehe Gerinnselbildung eintrat, und zwar erfolgte dieselbe nur im gläsernen Theil des Apparates, nicht in dem Gummischlauch. Nachdem der eine Hund eine Strychnininjection bekommen und die ersten Vergiftungssymptome an ihm beoachtet wurden, unterbrach man die Wechseltransfusion. Doch starb der zweite Hund auch bald danach unter denselben Erscheinungen.

5) **Klingelhöffer** (aus dem St. Rochushospital zu Mainz). Vier Fälle von Transfusion am Menschen.

In keinem der 4 beschriebenen Fälle soll die von Hasse postulirte Wirkung erzielt worden sein. Dr. Hochgesand hat die Operationen ausgeführt, einmal mit defibrinirtem Menschenblut, dreimal direct mit Lammblut. Im 1. Falle hatte man ein Ulcus ventriculi

diagnosticirt und die Transfusion mit der Modification vorgenommen, dass man statt der Spritze einen Irrigator mit 5 Fuss langem Gummischlauch zur Blutüberführung anwandte. Der am 5. Tage darnach erfolgte Tod ergab eine Lebercirrhose.

Im 2. Falle, bei einem durch Caries an beiden Handwurzeln, sowie durch stark blutende tuberculöse Hautgeschwüre der Kniegegend heruntergekommenen Individuum, dem der eine Vorderarm hatte abgenommen werden müssen und dessen Amputationsstumpf nicht heilte, wurde durch die Lammbluttransfusion nur momentane Besserung erzielt.

Im 3. Falle wurde einem Lungenkranken eine Lammbluttransfusion gemacht, die ausser Schüttelfrost, Fieber und einer schnell beseitigten Venenthrombose keine bemerkenswerthe Folgen gehabt hat.

v. Mosengeil (Bonn).

Colin. Ueber die Wirkung subcutaner und intravenöser Chloralinjectionen.

(Bulletin de l'académie de médecine de Paris 1874. No. 27.)

C. unternahm eine grössere Reihe von Versuchen an Ziegen, Hunden, Katzen, Kaninchen, Ratten, Sperlingen, um die Wirkung von Chloralinjectionen in Venen und ins subcutane Zellgewebe mit einander zu vergleichen und kam dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Hinsichtlich ihrer Wirkung sind die intravenösen und die subcutanen Injectionen gleichwerthig.

2) Für alle diese Injectionen sind schwache Lösungen die geeignetsten.

3) Es ist ausserordentlich wichtig, die Chloraldosen nach Grösse und Gewicht des Versuchsthiers zu reguliren.

4) Bei der intravenösen Injection ist langsames Injiciren das sicherste Mittel, Syncope zu vermeiden.

5) Subcutane Injectionen am Halse oder in der Nähe von Gelenken können sehr gefährlich sein.

Krönlein (Berlin).

W. Keen. The anatomical, pathological and surgical uses of Chloral.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 125. p. 385—389.)

In eine Solution von 0,12 auf 30,0 Wasser gebrachte Hammelfleischstücke hielten sich bei 60°F. circa 6 Wochen und länger als 5 Monate, wenn die Solution das Verhältniss von 0,3, 0,6, 1,2 u. s. w. zu 30,0 hatte.

Ein frischer Fötus, dem von verschiedenen Arterien aus die stärkeren Lösungen injicirt worden waren, lieferte noch nach $^1/_4$ Jahr zu mikroskopischen Untersuchungen geeignete Muskel-, Drüsen- und Eingeweidestücke etc. Schon in Fäulniss übergegangene Leichen konnten ebenfalls auf Wochen conservirt und zu Secirübungen verwendet werden.

Vor anderen, zu gleichen Zwecken benutzten Präparaten hat das Chloral den Vorzug, dass es die Gewebe nicht entfärbt und das Lumen der Gefässe nicht verengt, also consecutive Injectionen mit farbigen Massen gestattet, dass es gar keinen üblen Geruch verbreitet und die Instrumente in keiner Weise angreift.

Dreizehn auf Caries der Tibia, Psoasabscesse, Ulcera cruris, Rupia, syphilitische Ulcerationen, Gonorrhöen, Ozaenen und krebsige Geschwüre der port. vaginalis bezügliche Krankengeschichten illustriren, dass Chloral in nicht zu starker Solution (0,6 auf 30,0) auf Wunden angewendet, in kurzer Zeit alle üblen Gerüche zerstört und atonische, unreine Geschwüre in mässig secernirende, gut aussehende Flächen verwandelt. (Conf. the Lancet 1873, p. 311; Americ. Journal of med. science 1873 p. 531 u. 1874 p. 261 etc. und Personne & Carville in Bull. de la Soc. de Biol. de Paris 1874, Février 7, im Centralbl. f. Chir. 1874, No. 7.) **Wilh. Koch** (Berlin).

Le Roy de Méricourt. Sur la morsure des serpents venimeux.

(Bulletin de l'académie de médecine 1874. No. 25.)

Im Anschluss an eine früher im Schoosse der Academie gepflogene Verhandlung über den Werth der intravenösen Ammoniakinjectionen bei Vipernbiss (vergl. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 14) giebt Le Roy eine kurze historisch-kritische Darstellung dieses Gegenstandes. Während darnach die directe Einführung des Ammoniaks in Venen als Mittel bei Vergiftungen beinahe seit einem Jahrhundert zeitweise eine Rolle spielte, hatte schon früher, 1702, Mead die Latwerge von Raleg, oder auch das sal cornu cervi gegen Vipernbiss empfohlen, Bernard de Jussieu 1747 ein Ammoniakpräparat bei einem Studenten, der, botanisirend, von einer Viper gebissen wurde, angewendet, endlich Fontana in einer grössern Abhandlung, 1782, die Nutzlosigkeit des Ammoniaks einerseits, die Ungefährlichkeit des Viperngiftes andererseits nachzuweisen versucht. Trotz der Anpreisung der intravenösen Ammoniakinjectionen durch italienische Aerzte, welche damit wunderbare Heilung Gebissener erzielt haben wollten, scheint dann dieses Verfahren mehr und mehr in Vergessenheit gerathen zu sein, bis neuerdings, 1869, australische Aerzte dasselbe bei Schlangenbiss anscheinend mit Erfolg wieder aufnahmen, und einer derselben, Halford (Centralbl. f. Chir. 1874, No. 5), durch Experimente an Hunden weitere Belege für seine Gültigkeit beizubringen suchte. In keiner Weise Bestätigung fanden Halford's Beobachtungen durch die Untersuchungen des indischen Arztes Fayrer, welcher, 1872, in seinem Werke »Thanatophidia indica« eine genaue Kritik der verschiedenen Behandlungsmethoden von Schlangenbissen giebt und daraus den Schluss zieht, dass Ammoniak, in Venen injicirt, bei dem Bisse der indischen Giftschlangen ohne Erfolg sei.

Zum Schlusse fasst Le Roy das Ergebniss seiner kritischen Studie in folgenden Sätzen zusammen:

1) Als Mittel, die Absorption des Viperngiftes bei Gebissenen zu verhindern, sind in erster Linie anzuwenden: die Ligatur, Abwaschung, Aussaugung, Cauterisation.

2) Sind diese Mittel nicht zur Hand, oder zeigen sich bereits allgemeine Erscheinungen, so greife man zu warmen, alkoholischen Getränken.

3) Der Gang der Erscheinungen nach Viperbiss ist kein so rapider, dass überhaupt die intravenöse Injection eines Heilmittels indicirt erscheinen könnte; die hypodermatische Injection eines solchen würde genügen.

4) Die Folgen des Bisses der europäischen Vipern berechtigen nicht, intravenöse Injectionen anzuwenden. **Krönlein** (Berlin).

Gründler. Lyssa humana oder spontane Hydrophobie?

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1874. No. 7 u. 8.)

Bei einem Rekruten der Artillerie traten, ohne erweisliche fernere oder nähere Veranlassung, nach dem Turnen am Kasten, Schmerzen in der Kreuzbeingegend auf, dazu des folgenden Tages leichter Frost, Anfälle von Athemnoth beim Schlucken, Unruhe und angeblich auch Zuckungen während des Transports zum Lazareth. Am 3. Tage Temperatur 38,4° C., unbedeutende Rasselgeräusche auf der Brust und zeitweis eigenthümlich schluchzende Inspirationen, welche namentlich sofort eintraten bei unerwarteter Berührung oder Anrede. Hierzu gesellten sich steigende Unruhe, Schlingbeschwerden, eine unüberwindliche Abneigung gegen flüssige Stoffe, insbesondere Wasser, welches Pat. nicht sehen konnte; ferner hohes Angstgefühl und das Auftreten kurzdauernder, klonischer Krampfanfälle in den Ober- und Unterextremitäten (mit Pupillenerweiterung und livider Färbung des Gesichts), auf die geringfügigsten sensiblen Reize, wie Lichtwechsel, Berührung der Zunge mit dem Spatel, Einbringen von Flüssigkeiten in den Mund, Anstossen an das Bett u. s. w. Diese abnorme Reflexerregbarkeit stieg noch im Laufe des 4. Tages, so dass schon lautes Sprechen oder Auftreten, der leiseste Luftzug, ja der Anblick eines glänzenden weissen Gegenstandes, z. B. einer Untertasse mit Eisstückchen, eines Glases Wasser, einer weissen Tasse, sogar der leinenen Schürze des Wärters, unter angstvollen Ausrufen, klonische Krämpfe hervorrief; Pat. musste während des Anfalls von 2 Wärtern gehalten werden und spie fortwährend schaumigen Speichel um sich. Das Sensorium bis dahin frei, doch schneller Wechsel der Stimmung und aufgeregte Schwatzhaftigkeit mit schneller, ungeordneter Ideenflucht. Morphium subcutan schaffte vorübergehende Linderung, Chloral per anum blieb wirkungslos.

Am Abend und über Nacht änderte sich das Bild. Unter

Schweissausbruch, Zunahme der Pulsfrequenz (124—130) und livider Verfärbung des Gesichts trat mehrmals Erbrechen auf, beständige Delirien und spontaner Abfluss des Urins. Bei Lageveränderungen wird 2—3 Mal auf der Höhe des klonischen Krampfanfalls ein momentaner vollständiger Tetanus des ganzen Körpers mit starkem Opisthotonus beobachtet. Allmäliger Nachlass der Aufregung und der Convulsionen; statt dessen beginnende Lähmung der unteren Extremitäten. Der Unterkiefer hängt herab, der Kranke kann den Speichel nicht mehr auswerfen, welcher aus beiden Mundwinkeln herabläuft; das Sensorium wird benommen, er erkennt die Wärter nicht mehr, schlägt nach dem Arzt, der nach dem Puls fühlen will. Die Sprache wird undeutlich, lallend, tonlos, Puls sehr frequent, nicht zu zählen, Respiration verlangsamt; um $6^1/_2$ Uhr Morgens der Tod. — Die Section ergab nichts Positives.

In der Epikrise wendet sich Verf. gegen die Annahme eines Tetanus (Bruckmüller, Lorinser) oder hysterischer Convulsionen, oder einer acuten Manie, wie dergl. Fälle auch als Hydrophobie beschrieben sind, und erinnert rücksichtlich seiner Diagnose auf spontane Hydrophobie, eine »reine Motilitäts-Neurose« (Valleix), an 7 ähnliche, in der Litteratur beschriebene Fälle, in welchen Lyssa ohne eine nachweisbare Infection an sonst gesunden Personen auftrat. [Sollte nicht der geschilderte Symptomencomplex, bei dem gänzlichen Fehlen einer Wuthgiftinfection, auf ein centrales Leiden, eine sehr acut verlaufende (entzündliche?) Affection der Medulla, mit vorzugsweiser Betheiligung des Ganglienapparats, zu beziehen sein? Ref.].

Arn. Hiller (Minden).

Heinrich Krabbel. Ueber angeborene Lymphangiektasie (Hygroma cysticum congenitum).

Inaug.-Diss. Bonn 1874.

Von den vielen, für diese angeborene Geschwulst vorgeschlagenen Namen wählt Verf. als den zutreffendsten die obige pathologisch-anatomische Bezeichnung. Charakteristisch für dieselbe ist die Auskleidung ihres Innern mit Endothel. Zeigt sich Epithel, oder wird weder Epi-, noch Endothel getroffen, so gehört die Geschwulst nicht hierher. Bei Kälbern, wo die Affection häufig beobachtet wird, hat man fast die ganze Haut mehr oder minder lymphangiektatisch afficirt gefunden. Die Haut ist beim Menschen, falls die Geschwulst klein und tiefliegend, nicht verändert, in anderen Fällen bisweilen elephantiastisch metamorphosirt. Der Sitz des Hygroma colli ist bald über, bald unter der oberflächlichen Halsfascie. Verf. geht die verschiedenen Deutungen durch, welche die Geschwulst bei den Autoren erfahren, um schliesslich die Köster'schen Beobachtungen, dass die betreffenden Cystenräume mit den Lymphgefässen in Communication stehen und mit Endothel ausgekleidet sind, ausführlicher zu besprechen. Im Anschluss hieran theilt er einen in Giessen vorgekommenen Fall mit, an

welchem sich, obgleich die Untersuchung an einem länger in Spiritus aufbewahrten Stücke angestellt wurde, doch noch der Nachweis führen liess, dass eine wirkliche Lymphgefässgeschwulst vorlag.

v. Mosengeil (Bonn).

Evers. Gelenkwunden und ihr Ausgang.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1874. No. 7 u. 8.)

Zusammenstellung von 124 Fällen von Schussverletzung der Gelenke bei Mannschaften des XII. königl. sächsischen Armee-Corps während des Krieges 1870/71, nach Invaliditätszeugnissen (mithin nur die Geheilten!). Berücksichtigt werden Art der Verletzung, Behandlung und besonders Heilresultate. Die Resection ist 22 Mal verzeichnet, alle übrigen Fälle wurden conservativ behandelt. Näheres im Original.

Arn. Hiller (Minden).

Moritz Meyer. Ueber Gelenkneurosen. Vortrag, gehalten in der Berl. med. Gesellschaft.

(Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 26.)

Verf. erinnert an die von Brodie als hysterische Gelenkleiden, später von Stromeyer und Esmarch als Gelenkneurosen beschriebenen Affectionen und fügt zu den bisher vorgeschlagenen therapeutischen Eingriffen den Inductionsstrom als neues Heilmittel hinzu, indem er dessen Wirkung an vier Fällen demonstrirt.

v. Mosengeil (Bonn).

Rigaud. Luxations et luxations du coude en particulier.

(Revue médicale de l'Est 1874. Juli 1. u. 15.)

Der Vorschrift, dass man bei Einrichtung von Luxationen den ausgetretenen Gelenkkörper durch den gleichen Weg zurückbringen soll, durch welchen er in die pathologische Stellung kam, giebt Verf. den Namen: Reductionsmethode durch Retrogradation. Er meint der erste zu sein, der den wahren Mechanismus der Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten entdeckte, und er nennt das darauf nach der Retrogradationsregel basirte Einrichtungsverfahren durch Ueberstreckung, Zug und Flexion des Vorderarmes, seine Methode. (Verf. scheint nicht zu wissen, dass Roser durch klassische Leichenexperimente schon vor 30 Jahren sowohl diesen Mechanismus, als die Hyperextensionsmethode bekannt gemacht hat. Ref.)

Zur Illustration dieses Princips dienen mehrere Krankengeschichten seltenerer Formen von Luxationen. Darunter können zwei hervorgehoben werden.

Im ersten Fall handelt es sich um eine seltene Varietät der Oberschenkelluxation nach oben; der Schenkelhals ritt in dem Ausschnitt

zwischen Spin. ilei ant. inf. und Tubercul. ileo-pectineum in der Weise, dass der Kopf sich in der Beckenhöhle befand. Die Extremität war stark verkürzt, leicht adducirt und nach innen rotirt.

Der zweite Fall ist eine reine Luxation der Hand nach oben; sie war zwar durch eine kleine Wunde complicirt, aber es liess sich mit der grössten Genauigkeit feststellen, dass nicht einmal die proc. styloïdei abgebrochen waren.

Girard (Strassburg i/E.).

Chirurgische Gesellschaft zu Paris. 24. Juni 1874.

(Gaz. hebdom. 1874. Juli 3.)

Die Arbeit Fleury's (Clermont) über die Beziehung der Verwachsung der tunica vaginalis bei beiderseitiger Hydrocele zum männlichen Unvermögen ruft eine längere Discussion hervor. F. hatte nämlich bei einem, an Blasenkatarrh mit Prostatahyperthrophie zu Grunde gegangenen, 70jährigen Manne eine linksseitige, nicht operirte Hydrocele untersucht und hier die Epididymis indurirt und fibrös entartet gefunden, so dass ein Austritt von Samenflüssigkeit nicht hätte erfolgen können; wäre die Hydrocele doppelseitig gewesen, so hätte männliches Unvermögen die Folge sein müssen. Nach F. ist die Induration der Epididymis das Primäre, der wässrige Erguss das Secundäre und diese Veränderung die Ursache des Unvermögens, nicht die nach der Operation folgende Anlöthung der Tunica vaginalis. Boinet bemerkt, dass durch die Injection von Jod nicht immer, durch die von Wein selten Anlöthungen hervorgerufen werden, dass er ferner einen Familienvater mit doppelseitiger Hydrocele kenne, aber glaube, dass bei langem Bestehen eine Obliteration des Vas deferens zu Stande komme. Le Fort nimmt an, dass die der Injection nachfolgende Entzündung nur, wenn sie heftig sei, Verwachsung der Blätter der Tunica vaginalis hervorrufe, bei schwacher Entzündung nur die Vitalität derselben modificirt werde. Während nach M. Sée doppelseitige Hydrocele bei Knaben nicht selten sei, giebt Larrey an, dieselbe nur 4 Mal beim Militär gesehen zu haben.

Démarquay zeigt eine, bei einem 68jährigen Manne entfernte, beträchtliche Brustdrüsengeschwulst vor, die Achseldrüsen waren nicht geschwollen; bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich ein Adenom mit cystischer Erweiterung von Milchgängen.

Tillaux erwähnt, dass er zur Zeit einen Mann mit einem carcinomatösen, orangengrossen Tumor der linken Brust auf der Abtheilung habe.

Pilz (Stettin).

A. M. Barbosa. Sur l'uréthrotomie interne.

Aus dem Portugiesischen übers. von E. L. Bertherand. Alger, 1874. 8⁰. 18 Seiten.

B., der in Portugal für die fibrösen Stricturen an Stelle der bisher geübten Dilatation, Cauterisation u. s. w. die Ausübung der

inneren Urethrotomie eingeführt haben soll, legt sofort nach der Operation einen elastischen Katheter in Permanenz ein, während der ersten 8 Tage das Instrument alle 24—48 Stunden je nach Bedürfniss wechselnd. Später werden zinnerne Bougies alle 2—3 Tage für höchstens $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde eingeführt. Zuletzt wird Pat. bloss jede zwei, dann jede vier Wochen einmal kathetrisirt. Es finden 61 Operationen von B. Erwähnung, mit 3 Todesfällen: 2 Mal an Cystoperitonitis und Urämie, und 1 Mal an Urinabscessen am Perineum.

Ullersperger (München).

Kleinere Mittheilungen.

Mollière. Complicirte Fractur des rechten Unterschenkels, Luxation des rechten Oberschenkels, Gesichtswunde: Commotio cerebri. Heilung.

(Lyon méd. 1874. Juli 5. p. 276.)

Ein 14jähr. Arbeiter erlitt bei einem Sturz durch 3 Stockwerke besagte Verletzungen, wurde bewusstlos mit kleinem Pulse, Erbrechen und Singultus aufgenommen. Fester Verband, langsame Besserung; erst am 15. Tage war eine genaue Untersuchung möglich und diese entdeckte die Oberschenkelverrenkung auf das Darmbein hin. In der Narkose gelang die Reduction leicht nach Pouteau's Methode (Flexion in der Hüfte, Rotation des Femur nach aussen, Abduction mit Gegendruck auf den Schenkelkopf). Dieses Verfahren hat M. in einem anderen Falle von Luxatio iliaca noch am 50. Tage ebenfalls leicht zum Ziele geführt.

Pils (Stettin).

J. Smith. Verletzungen beider Unter-Extremitäten.

(British med. Journal 1874. Aug. 1. p. 141.)

Der erste Fall betraf einen 22jähr. Arbeiter, den ein 400 Pfd. schwerer Baumwollenballen von einer Höhe von 10 Fuss aus traf. Der rechte Oberschenkel zeigte eine Luxat. ischiadica, der linke eine Verrenkung der Tibia im Kniegelenke nach vorn; letztere wurde leicht durch Zug und geeigneten Druck auf die luxirten Knochenenden in der Narkose reponirt, erstere durch eine, der Auswärts-Rotation folgende Abduction bei stark gebeugtem Ober- und Unterschenkel. — Fixation des linken Knies, Eisblase. Die bestehende grosse Wunde der Stirn und der Nase liess sich durch Nähte vereinigen, 6 Wochen später konnte Pat. ohne Krücken geheilt entlassen werden.

Pils (Stettin).

O'Farrel. A case in which both legs were amputated in utero.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 118. p. 277.)

Rechts fehlte der Unterschenkel gerade von der Insertionsstelle der Patellarsehne an, links der Fuss sammt dem Sprunggelenk; beide Stümpfe waren übernarbt. Der Knabe lebte noch 27 Stunden.

Brown. Supernumerary fingers and toes.

(Ibid. p. 278.)

Daniel H. hat 5 Finger und 6 Zehen, Daniels Bruder M. normale Füsse und Hände, dessen einzige Tochter sammt ihren 2 Kindern 5 Finger und 6 Zehen.

David, ein anderer Bruder Daniels, hat überzählige Finger und Zehen, seine Tochter überzählige Finger.

H., Sohn Daniels, hat jederseits 6 Zehen, seine 3 Kinder 5 Finger und 6 Zehen.

R., ein anderer Sohn Daniels, trägt ebenfalls 6 Zehen, von seinen 3 Kindern besitzt ein Knabe 6 Zehen an einem Fuss und ein Mädchen überzählige Finger und Zehen.

Wilh. Koch (Berlin).

N. A. Robbins. Case of popliteal aneurism cured by the constriction of the femoral artery.

(New York med. Journal 1874. No. 5. p. 507.)

Bei einem 30jähr. Manne wurde wegen eines Aneurysma der A. poplit. an Stelle der Ligatur die temporäre Constriction der Femoralarterie im Scarpa'schen Dreieck mittelst des von Speir angegebenen »artery-constrictor« (siehe New York med. Record, April 1871) ausgeführt. Das Instrument wurde nach 3 Minuten von der Arterie wieder entfernt und hierauf noch 10 Minuten hindurch die Compression der Arterie oberhalb der Stelle fortgesetzt, um die Bildung eines Thrombus an der zusammengeschnürten Stelle zu begünstigen. Die Wunde, durch die Naht geschlossen, war mit geringer Eiterung nach 10 Tagen geheilt. Der Erfolg gestaltete sich günstig, doch fehlen alle Angaben über die Veränderungen im Aneurysma und in der Arterie. **P. Bruns** (Tübingen).

R. Wood. Ligation of the femoral artery for popliteal aneurism.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 116. p. 248.)

Vor 9 Jahren war dem 35jähr. Kranken die rechte Femoralis im Scarpa'schen Dreieck wegen Poplitealaneurysma mit Erfolg unterbunden worden. Diesmal trug derselbe neben Fettherz und allgemeiner Atherose ein linksseitiges faustgrosses Kniekehlenaneurysma, gegen welches zuerst die Compression, dann die Ligatur der Femoralis, $4^1/_2$ Zoll unter dem Poupart'schen Bande, in Anwendung gezogen wurde. Tod 12 Tage nach der Operation in Folge von Nachblutungen und Vereiterung der Ligaturstelle. Section: peripherischer, 1 Zoll langer Thrombus verschliesst die Arterie nur unvollkommen; aneurysmatischer Sack nicht vereitert. Rechts die Femoralis auf $5^1/_2$ Zoll obliterirt, das Aneurysma in einen bis zur Bifurcation der Poplitea reichenden Faserstrang verwandelt. Tibialis antica, postica und peronea 1 Zoll weit undurchgängig. **Wilh. Koch** (Berlin).

Bourdeau. Gangrène spontanée des extrémités inférieures dans le cours d'une fièvre typhoide.

(Archives médicales belges 1874. No. 8. p. 73—107.)

Der mitgetheilte Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass die anfänglich ganz ausgesprochenen Erscheinungen theilweise wieder rückgängig wurden, aber nach einigen Tagen zur vollen Höhe zurückkehrten und unter demarkirender Entzündung und Elimination der mortificirten Theile in Heilung endeten. Dies ungewöhnliche Verhalten erklärt B. daraus, dass ein obstruirender Thrombus der A. cruralis, das Product einer acuten Arteriitis (Dupuytren, François), durch centrale Erweichung und den Anprall des Blutstroms wieder durchgängig geworden sei, dann durch die gleichzeitig fortgeschwemmten Gerinnselbruchstücke neue Embolieen in den Endästen der Arterie erzeugt und so die Rückkehr des Processes bedingt habe. **Arn. Hiller** (Minden).

Faure. Gangrène symétrique des extrémités.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 44.)

Eine gesunde, kräftige Bauernfrau (Alter?), Mutter von 3 gesunden Kindern, war sehr erhitzt und wusch sich Hände und Füsse mit sehr kaltem Quellwasser. Während der nächsten Tage musste die Frau wegen einer fieberhaften, gastrischen Störung etwa 10 Tage das Bett hüten. Einen Monat später trat eine schmerzhafte, bläuliche Verfärbung des linken Fusses auf. Aufnahme in's Hospital. Bei der ärztlichen Untersuchung Herz und Lungen gesund, keine Varicen. Allgemeinbefinden gut. Während des Aufenthalts im Hospital bildete sich allmälig vollständige Gangrän aller Zehen- und Fingerspitzen aus; die Nägel mit einem mehr oder minder grossen Theile der Endphalanx wurden brandig und fielen ab. **Tillmanns** (Leipzig).

A. Rosenberger. Spontane Fractur des Femur durch cariöse Zerstörung und Wiedervereinigung desselben durch Knochenneubildung. (Chir. Klinik des Prof. v. Linhart).

(Berl. klinische Wochenschrift 1874. No. 14. p. 101.)

Ein 14jähr. Kellner litt an acuter Myeloperiostitis, bei welcher anfänglich ein grosser subperiostaler.Abscess gespalten wurde, Besserung eintrat und Verwachsung der Wunde, später dagegen wieder heftige Verschlimmerung. Bei einer neu vorgenommenen Incision an der alten Stelle fand sich der Knochen nach oben zu wieder fest mit Periost überkleidet und mit den Muskeln verwachsen, unten aber total cariös zerstört, so dass eine völlige Continuitätstrennung vorlag. Diese Stelle fand sich nicht an der Epiphysengrenze, sondern 9 Cm. über dem Knie. Die Extremität wurde in einem Blechstiefel fixirt und nach 6 Wochen war knöcherne Heilung erfolgt; doch wird noch Sequesterbildung vermuthet.

v. Mosengeil (Bonn).

Hamilton. Spontan-Fractur durch Carcinose. (Chirurg. Gesellschaft von Irland.)

(British med. Journ. 1874. May 30. p. 715.)

Eine 54jähr. Frau mit Carcinom der Mamma und der gleichseitigen Achseldrüsen bricht sich beim leichten Stolpern im Hospitale den linken Oberschenkel; fester Verband, keine Vereinigung. An der Fracturstelle bildete sich bedeutende Schwellung (22 Zoll Umfang) mit erweiterten Venen; innerhalb 5 Monaten Tod. Die Geschwulst erwies sich als »encephaloides Carcinom«.

Eine Reihe ähnlicher Beobachtungen werden von Stapleton, Harley, Kirkpatrik angeführt; stets war die Gelegenheitsursache eine geringfügige, z. B. Umdrehen im Bett etc. **Pils** (Stettin).

Hôpital de la Pitié. Hydatids of the humerus.

(The Lancet 1874. Vol. II. No. 5. p. 156.)

Vor 6 oder 7 Jahren hatte der 27jähr. Pat. angefangen, bei der Arbeit ein Gefühl von Schwäche und Unannehmlichkeit in der rechten Schulter zu haben. Schmerzen im Schultergelenk kamen und verschwanden. Die Schwäche des Arms zwang den Kranken zur Schonung desselben. Im August 1868 fiel er von einem Baum, was ihm einen Bruch des rechten Humerus zuzog, trotzdem er auf die Füsse fiel und ganz bestimmt keinen Stoss gegen den Arm bekommen hatte. Ein fester Verband blieb 2 Monate liegen. Nach seiner Entfernung war der Arm sehr mager, keine Spur von Consolidation. Trotzdem arbeitete der Kranke bis zum März 1870 mit dem Arm, indem er ihn fest gegen den Thorax stützte. Die Pseudarthrose befand sich ungefähr in der Mitte des rechten Oberarms.

Am oberen Fracturende wurde eine harte Geschwulst von der Grösse einer Mandel constatirt, an der Sehne des Pectoralis major mehrere kleine an einem Stiel, von der Härte des Knorpels. Legte man den Finger in die Achsel, so fühlte man ein crepitirendes Gewächs, wie beim Emphysem. Keine Schmerzen im Arme. Es wurde die Resection der Fracturenden vorgenommen. In dem Moment jedoch, als die Enden hervorragten, floss eine Menge gelber, zäher Flüssigkeit ab, untermischt mit kleinen, käseartigen Flocken. Dieser Ausfluss dauerte lange und in grosser Menge. Die Knochen waren in weiter Ausdehnung vom Periost entblösst. Man entfernte etwa $1^1/_2$ Zoll von jedem Fracturende.

In den nächsten Tagen trat lebhafte Eiterung ein. Am 4. Mai fanden sich beim Reinigen der Wunde 2 Echinococcusblasen. Am nächsten Tage noch eine dritte. Ein Abscess entleerte sich am Deltoideus; es kamen durch die Oeffnung desselben in 8 Tagen circa 50 Blasen hervor von verschiedener Grösse, zugleich mit abgestossenen Knochenpartikeln. Weiter schwoll das Schultergelenk an, die Eiterung erstreckte sich auf die Brust. Schulter und Arm waren schliesslich überall durchzogen von Drainageröhren. Vorderarm und Hand stark geschwollen. Sobald ein Abscess heilte, bildete sich daneben ein neuer. Im Juni und Juli 1870 mussten über 20 Incisionen gemacht werden. Jetzt kam die Belagerung von Paris

und Pat. wurde vernachlässigt. Im März 1871 fand man ihn in weit besserem Zustande. Die Fractur war consolidirt. 8 oder 9 Fistelöffnungen eiterten nur wenig. Hand- und Ellenbogengelenk steif, Schulter noch stark geschwollen. Die ersten beiden Gelenke gaben der Apolyse nach, das letztere blieb steif.

Jetzt findet sich nur noch eine Fistelöffnung. Allgemeinbefinden sehr gut.

Leisrink (Hamburg).

H. Owen. 2 Scrotalhernien bei Kindern.

(British med. Journal 1874. 1. Aug. p. 140.)

Nachdem O. (St. Mary's Hospital) über eine glückliche Herniotomie bei einem 7 Wochen alten Kinde berichtet und, durch einen Holzschnitt illustrirt, die gewöhnlichen Verhältnisse derselben besprochen, berichtet er über einen seltneren Fall von »incystirter Hernie«. Ein schwächlicher Knabe wurde mit einer angeblich vor 6 Stunden ausgetretenen Scrotalhernie gebracht, das Scrotum soll bisher normal gewesen sein. In der Chloroformnarkose musste der Bruchsack geöffnet werden; der Testikel wurde blossgelegt, aber anstatt des erwarteten Darmes, resp. Netzes fand sich ein bis zur Hälfte des Testikels herabreichender, entzündeter, prall gespannter, wallnussgrosser Sack. Nachdem durch's Messer die im Bruchsackhalse bestehende Einklemmung gehoben war, erfolgte die Reposition. Am 4. Tage Diarrhöe; Tod am 8. Section: leichte Peritonitis, Pneumonie; der 2. eigentliche Bruchsack leer, Testikel leicht angelöthet; Eingeweide normal. Eine Zeichnung ist beigegeben. **Pils** (Stettin).

Subkowski. Penetrirende Bauchwunde mit Vorfall von Eingeweiden.

(Mosk. Med. Bote 1874. No. 21.)

Ein betrunkener Soldat hatte im Streite mit seinem ebenfalls betrunkenen Kameraden einen Messerstich in den Bauch erhalten. In der Regio inguinalis dextra fand sich eine mehr als 2 Zoll lange, penetrirende und stark blutende Wunde aus welcher Darm und Netz vorhingen. Nach Reposition derselben und Stillung der Blutung durch Unterbindung und Betupfen mit Liquor ferri sesquichlor. wurde die Wunde vernäht. Es erfolgte zwar keine prima intentio, doch genas der Kranke nach 2 Wochen vollständig. **Heppner** (St. Petersburg).

Franz Reimann (Elberfeld). Ueber eine Ruptur durch die Urethra bis in das Gewebe der Clitoris während der Geburt.

Inaug.-Diss. Bonn 1874.

Bei einer Zweitgebärenden wurde während der Geburt der vordere Theil der Urethra 1 Cm. lang gespalten; der Riss ging weiter in das rechte corpus cavern. clitoridis Zahlreiche Varicen waren an den grossen und kleinen Schamlippen vorhanden. Eine profuse Blutung machte auf die Verletzung aufmerksam, welche durch 6 Suturen genäht wurde. Als Ursache des Zustandekommens der Verletzung sieht Verf. einestheils den varicös gelockerten Zustand der zerrissenen Gewebe an, anderntheils eine bei der Geburt vorgekommene Hyperrotation des Kopfes nach der Seite, nach welcher der Riss verlief. Diese forcirte Drehung hält er für die Folge einer Umschlingung der Nabelschnur um den Hals. Citate anderer ähnlicher Fälle folgen.

v. Mosengeil (Bonn).

Teevan (West London Hospital). Stone in the bladder; lithotrity. Good result.

(The Lancet 1874. Vol. I. No. 24. p. 334.)

Bei einem 19jähr. Manne mit Blasenstein führte T. die Lithotripsie aus. 2 Tage nachher 2 Schüttelfröste. Es wird ein ziemlich grosses Fragment des Steines in die Urethra eingeklemmt gefunden und entfernt. Am 28. Tage nach der Operation wurde der Kranke entlassen. **Leisrink** (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. **Sonnabend, den 17. October.** **1874.**

Partielles Fortbestehen eines Afterkrampfes nach Durchschneidung des äusseren Schliessmuskels.

Von

Dr. A. Burger in London.

Eine 40jährige, schwächlich aussehende Frau litt seit 2 Jahren, wie sie glaubte in Folge einer heftigen Purgircur, vielfach an spastischer Contraction des äusseren Afterschliessmuskels. In der letzten Zeit war ihr Leiden, das ihr Tag und Nacht keine Ruhe liess, unerträglich geworden und ihre Kräfte waren sehr gesunken. Bei der äusserst schmerzhaften, örtlichen Untersuchung fand sich der contrahirte Sphincter ani extern. gewaltig hypertrophirt und umgab als hoher, harter Wall die kraterförmige Afteröffnung. Die Schleimhaut der Portio analis zeigte ausgedehnten, oberflächlichen Epithelverlust, der als breiter Ring mit unregelmässigen Rändern fast zwei Drittel

des Darmumfanges einnahm und noch von seinem oberen Rande aus einzelne Ausläufer nach oben in die Portio rectalis schickte. Dicht oberhalb der Portio analis befanden sich 3 kleine hämorrhoidale Wülste.

Da warme Local-Bäder und narkotische Mittel, per os et anum angewandt, meiner Patientin keine Erleichterung verschafften, entschloss ich mich zur Durchschneidung des Schliessmuskels und nahm gleichzeitig die Aetzung der hämorrhoidalen Wülste mit conc. Salpetersäure vor. Der Muskelschnitt wurde gegenüber dem linken Os ischii angelegt und war ziemlich tief. Am Tage nach der Operation fand ich, dass meine Patientin trotz einer grossen Dose Opium eine leidensvolle Nachts verbracht hatte und dass ihre Schmerzen ebenso unerträglich waren, wie vor der Incision. Die örtliche Untersuchung erklärte mir letztere unerwartete Erscheinung. Die linke (durchschnittene) Seite der Afterumrandung fühlte sich weich und nachgiebig an und nur im Grunde der Incisionswunde leisteten einzelne Muskelfasern dem betastenden Finger unbedeutenden Widerstand. Auf der rechten Seite dagegen fand ich genau denselben harten, schmerzhaften Muskelwall, wie vor der Operation. Der Krampf des äusseren Afterschliessmuskels war also nur theilweise beseitigt und der bestehende Rest verursachte meiner Patientin noch sehr viel Schmerzen.

Dieser fortbestehende partielle Afterkrampf nach dem Sphincterschnitt findet seine Erklärung in der Anordnung der animalischen Muskelfasern, die den äusseren Schliessmuskel zusammensetzen. Sieht man von den unbedeutenden Muskelfasern ab, die unter der Haut verlaufend, von der Cutis und der subcutanen Fascie ihren Ursprung nehmen und hinter dem After nach vorderer und hinterer Kreuzung in demselben Gewebe enden, so besteht der Sph. ani ext. aus 2 getrennten Partieen, einer inneren, der Darmwand zunächst anliegenden und dieselbe als ein in sich geschlossener, platter Ring umgebend, und einer äusseren, gewöhnlich mächtigeren und zugleich etwas tiefer liegenden. Letztere besteht aus 2 getrennten Zügen von Muskelbündeln, die vor und hinter dem After ihren Stütz- oder Befestigungspunct haben und die Afteröffnung in Form einer Zwinge umgeben. Der Ursprung dieses seitlichen, die Zwinge bildenden Muskeltractus ist vorn — abgesehen von einzelnen Fasern, die direct in die Faserung des M. bulbocavernosus, resp. Constrictor cunni übergehen — das hintere Ende des fibrösen medianen Darmseptums (des central tendinous point der Engländer); hinten setzen sie sich mit einer kurzen, platten Sehne an die hintere Fläche der Spitze des Os coccygis an. Luschka lässt die Fasern der Zwingenhälften sich vor und hinter dem After kreuzen, Henle spricht nur von einer theilweisen Kreuzung hinter dem After. — Eine einseitige Durchschneidung nun des Schliessmuskels bei vorhandenem Afterkrampf wird, gesetzt dass sie vollständig ist, unter allen Umständen den innern Muskelring, von der Afterzwinge aber nur diejenige Hälfte nothwendiger Weise entspannen müssen, welche durchschnitten wird, die andere Hälfte bleibt

zwischen ihren Anheftungspuncten ausgespannt und kann in ihrer krampfhaften Contraction verharren, wie es in meinem Falle stattfand. Die erwähnte Kreuzung der Zwingenfasern ändert, wie leicht einzusehen, an der Sache gar nichts; sämmtliche Fasern, die nicht durchschnitten werden, behalten ihren vorderen und hinteren Stützpunct. — Die Sicherheit, mit der für gewöhnlich der Afterkrampf durch den einseitigen Muskelschnitt mit einem Male beseitigt wird, lässt meinen Fall als seltene Ausnahme erscheinen. Was ihn dazu macht, wage ich aus dieser einzelnen Beobachtung nicht zu entscheiden. Zunächst fehlte die gewöhnlichste Ursache des Afterkrampfes, eine schmerzhafte Fissur, wobei zumeist schon eine seichte Incision zu dessen Beseitigung hinreicht. Sodann muss der gewaltige schmerzhafte Muskelstrang der intakten Seite nach der Operation meinen Verdacht auf die enorme Hypertrophie des Schliessmuskels und speciell seines seitlichen Tractus hinlenken und ich denke mir, dass, wenn in Fällen von Afterkrampf bei normalem oder mässig hypertrophischem Schliessmuskel nach Durchschneidung der einen Seite die krampfhafte Contraction der anderen Seite noch fortdauern sollte, dies von zu wenig Bedeutung ist, um noch Störungen zu verursachen, bei excessiver Hypertrophie aber nicht.

So dürfte es sich erklären, warum Boyer, der Urheber des Afterschnittes und ältere Chirurgen, wie Brodie und Dieffenbach, die doch den einseitigen Schnitt übten, noch gelegentlich den doppelseitigen angezeigt halten, während die neueren Autoren der bilateralen Incision und selbst der gründlichen einseitigen Durchschneidung wie sie Boyer ausführte, entweder nicht mehr Erwähnung thun, oder nur um den Stab darüber zu brechen. In der Kindheit des Afterschnitts kamen mehr Fälle von Afterkrampf mit enormer Hypertrophie des Sphincters zur Behandlung, als heutzutage, wo jeder Arzt den Afterkrampf und namentlich dessen Hauptursache, die fissura ani, cito et tuto zu heilen versteht, so dass es gar nicht zur Hypertrophie des Sphincter kommt. Es war von Interesse für mich, nachzusehen, ob die älteren Autoren die Fälle charakterisirt hätten, in denen sie die bilaterale Incision indicirt hielten. Ich fand nur Hochgradigkeit des Uebels, oder Fortbestehen der Spannung angeführt, der Hypertrophie des Sphincter wird nicht erwähnt. Die Erfahrung in meinem Falle, sowie das Studium der Literatur über den Gegenstand hat bei mir den Eindruck hervorgebracht, dass man in inveterirten Fällen von Afterkrampf, begleitet von enormer Hypertrophie des Schliessmuskels, zumal wenn kein örtliches schmerzhaftes Leiden, wie eine Fissur, vorhanden ist, dem eine Entspannung zu Gute kommt, und bei nervösen, zu Krämpfen hinneigenden Personen (zu welcher Classe meine Patientin gehörte) auf die sofortige Beseitigung des Uebels durch einseitige Incision nicht mit Gewissheit rechnen kann. In solchen Fällen würde ich, käme ich ohne Operation nicht zum Ziele, zunächst das Récamier'sche Verfahren der forcirten Dilatation versuchen, in der Voraussetzung beiderseits Muskelfasern zu zerreissen und durch den

mechanischen Insult die Erregbarkeit von Muskel und Nerven für einige Zeit entweder ganz aufzuheben, oder sehr herabzusetzen. Der ausser Thätigkeit gesetzte Schliessmuskel verliert rasch seine Hypertrophie (Allingham). Dieffenbach lehrt zur Hebung des Afterkrampfes den Muskelschnitt nach hinten gegen das Os coccygis. In Anbetracht der oben erwähnten, hinteren Faserkreuzung der Zwingenhälften dürfte dieses Verfahren das geeignetste sein, um beide Hälften mit einem Schnitte zu treffen. Auch liesse sich einer zu geringen Entspannung durch kleinere, seitliche Incisionen am hinteren Ende des Hauptschnittes nachhelfen.

W. Busch. Fortsetzung der Mittheilungen über Schussversuche.

(Archiv f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 2.)

B. hat die Versuche über die Wirkung der Chassepotkugeln (cf. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 4) in umfassender Weise fortgesetzt und vergleichende Experimente mit dem Zündnadelgewehr, glatten Jagdgewehren und Revolvern angestellt, welche höchst wichtige und überzeugende Resultate ergeben. Die einzelnen Versuche zu beschreiben, würde den Raum des Blattes weit überschreiten, wir verweisen auf das Original. B. fand, dass die Zündnadelkugel wegen ihrer geringeren Propulsionskraft der Chassepotkugel an Wirkung nachsteht, dass sie aber auch, ebenso wie eine aus einem glatten Gewehre abgefeuerte Kugel bei genügendem Widerstande eine bedeutende Verwüstung hervorbringen kann. Die Vermuthung, es möchte vielleicht die Expansion der Gase von verbrennendem, mit eingedrungenem Pulver zu der explosiven Wirkung der Chassepotkugeln beitragen. bestätigte sich nicht; dagegen kommen abgesehen von den abschmelzenden Bleipartikelchen noch zwei Factoren besonders in Betracht: die Centrifugalkraft und die Fortpflanzung des Stosses der Kugel durch das in den festen Knochen eingeschlossene Gehirn und Knochenmark. Die in Bezug auf diese Puncte an Schädeln, an leeren und mit Mark gefüllten Thierknochen und an mit Kleister oder Wasser gefüllten Blechkapseln gemachten Versuche sind besonders interessant und die Ansichten des Verf.'s beweisend.

Im zweiten Theile der Arbeit werden eine Reihe von Versuchen mitgetheilt, welche den Beweis liefern, dass Blei, welches, wie dies im Gewehrlauf geschieht, erwärmt ist, durch Aufhalten seiner Bewegung (z. B. beim Herabfallen) oder durch einen Schlag mit einem Hammer nach allen Richtungen seine Schmelzpartikelchen wirft, und oft nur ein dünnes Plättchen an der Stelle des Aufschlagens zurückbleibt. Ferner zeigen noch eine Reihe von Versuchen mit der Wood'schen Metalllegirung (15 Th. Wismuth, 8 Th. Blei, 4 Th. Zinn, 3 Th. Cadmium) die Schmelzung des Metalls durch Aufhalten der Bewegung. Mit Recht hebt B. also hervor, dass hiernach der Peters-

burger Vertrag, welcher explodirende Geschosse von weniger als 400 gr. Gewicht verbietet, durchaus illusorisch ist: das Chassepotgewehr, wahrscheinlich auch das Mausergewehr (und andere gezogene Hinterlader, Ref.) schiessen in der Nähe explodirende Kugeln. — Zum Schluss machte Verf. noch Untersuchungen, um festzustellen, ob und in wie weit der Cuirass Schutz gegen die Chassepotkugel gewährt. Er fand hierbei, dass bei Entfernungen von 20—80 Schritt jede Kugel den Cuirass vorn und hinten durchbohrte, gleichviel ob sie auf ihrem Wege noch einen stärkeren Knochen traf oder nicht. Die Verwundungen des im Cuirass steckenden Leichnams waren stets ganz colossale. Es bringt der Cuirass nicht allein seinem Träger dadurch Gefahr, dass durch die stärkere Hemmung eine grössere Abschmelzung der Kugel stattfindet, welche sonst einfach den Knochen durchschlagen könnte, und dass Stücke des Cuirass und der Schuppenketten in den Körper hineingetrieben werden, sondern unter Umständen auch dadurch, dass Kugeln, welche sonst den Körper gar nicht treffen würden, durch den hervorstehenden Rand des Cuirass abgelenkt, furchtbare Wunden verursachen können. **Maas** (Breslau).

Wilhelm Koch und **Wilhelm Filehne.** Beiträge zur experimentellen Chirurgie.

(Archiv f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 2.)

Die Mittheilungen der Vff. beziehen sich auf die Commotio cerebri. Es gelang ihnen vor Allem, einen der Gehirnerschütterung des Menschen durchaus ähnlichen Zustand bei Thieren hervorzurufen und hiermit eine Aufgabe zu lösen, an welche sich die früheren Forscher auf diesem Gebiete vergeblich gemacht hatten. Die Commotionserscheinungen ohne irgend welche nachweisbaren Verletzungen des Hirns, der Medulla und des Rückenmarks riefen die Vff. schliesslich am besten so hervor, dass sie das Versuchsthier in folgender Weise behandelten: die von der Nasenspitze zur Spina occipitalis gedachte Linie wurde annähernd vertikal zu den Halswirbeln gestellt und zwar so, dass der Kopf des Thieres über die Tischkante hinweggezogen und mit dem Unterkiefer gegen die vertikal absteigende Wange des Tisches angedrückt erhalten wurde. Dann wurden mit einem Hammer — bei Kaninchen einem Instrumente von Form und Grösse des gebräuchlichen Percussionshammers, bei Hunden im Gewicht zwischen 250—500 gr. — in der Secunde etwa 2 Mal wiederholte, mässig starke Schläge auf die Ossa parietalia und zwar meist auf die Convexität geführt. Der Grad der hierdurch hervorgerufenen Commotion hängt natürlich von der Grösse des Thieres, der Intensität der Schläge und dem Gewichte des Hammers ab. Doch zeigen die Thiere vielfach individuelle Verschiedenheiten. Denn während mittelgrosse Hunde in der Regel einer Verhämmerung von 30—50 Minuten bedurften, um eine mittelschwere Commotio zu haben, mussten zuweilen kleine

Kaninchen $1^1/_2$ Stunden so behandelt werden und kräftige Hunde nur 20 Minuten, um in denselben Zustand zu kommen. Die Frage nach den anatomischen Veränderungen, ferner ob die einwirkende Gewalt das Gehirn in Schwingungen versetzt, oder es gegen eine Stelle des knöchernen Schädels andrängt, bleibt vorläufig unerörtert. Jedoch heben die Vff. schon jetzt hervor, dass Erschütterungen, welche weder makroskopisch, noch mikroskopisch nachweisbare Veränderungen der Gehirnsubstanz bewirken, die schwersten functionellen Störungen hervorrufen können.

In dem folgenden Theile der Arbeit werden dann die Erscheinungen genauer beschrieben, welche an den bekannten Hirncentren — Athmungscentrum, Vaguscentrum, Centrum der beschleunigenden Herznerven, vasomotorischem Centrum, ferner in der Pulsfrequenz, in dem Verhalten der Pupille und den psychischen Functionen auftreten. Der Raum gestattet uns nicht, auf diesen höchst interessanten Theil speciell einzugehen; wir können hier nur auf Folgendes aufmerksam machen. Alle Symptome der Gehirnerschütterung sind Abweichungen sehr einheitlicher Natur von der normalen physiologischen Function, und zwar werden die angegebenen Centren durch das die Commotion hervorrufende Moment — bei dem Experimente also durch die Hammerschläge — zuerst und unmittelbar erregt und lassen dann selbst nach kurzer Einwirkung ihre Leitungen sofort unter den normalen Anfangswerth sinken. Alle Centren erholen sich dann mehr oder weniger schnell, je nachdem die Gewalt bedeutender oder geringer eingewirkt hat. Durch stärkere Gewalteinwirkungen gelingt es, sämmtliche Leistungen der Centren bis auf 0 herabzusetzen, also eine tödtliche Commotion hervorzurufen; ebenso kann man aber auch jeden noch so leichten Grad der Erschütterung bewirken, bei dem sich die leichten Lähmungserscheinungen der Centren sehr bald und ohne Schaden für das Thier wieder ausgleichen. Vff. nehmen mit Recht keinen Anstand, die gleichen Vorgänge als für die Commotio cerebri des Menschen massgebend zu betrachten. Nur ist darauf aufmerksam zu machen, dass entsprechend der plötzlichen und sehr intensiv wirkenden Gewalt, welche bei Menschen die Commotio cerebri hervorzurufen pflegt, die Reizungsperiode für die einzelnen Centren eine äusserst kurze, fast momentane sein muss; bei maximaler, äusserst kurzer Erschütterung vielleicht ganz fehlen kann, ebenso wie der Tod einer motorischen Nervenfaser durch plötzliche Einwirkung herbeigeführt werden kann, ohne dass sie vorher ein Zeichen der geringsten Leistung zu geben braucht.

Zum Schluss besprechen die Vff. die Frage nach der letzten Ursache der Erregung und nachherigen Lähmung der einzelnen Centren. Sie kommen zu dem Schlusse, dass die Reizung und nachfolgende Lähmung des vasomotorischen Centrums durch directe Erschütterung, nicht auf dem Wege des Reflexes zu Stande kommt, und dass die anderen Centren genau in gleicher Weise afficirt werden, d. h., dass die einwirkende Gewalt jedes einzelne Centrum direct erschüttert und

ihre Insufficienz nicht eine Folge der Circulationsstörung ist. Es ist demnach die Commotio cerebri als eine auf directem Wege eingeleitete Abschwächung, resp. Aufhebung der Function der einzelnen Gehirncentren aufzufassen. Maas (Breslau).

Eduard Geber. Ueber eine seltene Form von Naevus der Autoren.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1874. Hft. 1. p. 3.)

Unter dem obigen Titel beschreibt G. zwei Fälle einer eigenthümlichen Hauterkrankung, welche an einem Geschwisterpaare, einem 7- und einem 8jährigen Mädchen, Patienten der Hebra'schen Abtheilung, zur Beobachtung kamen. Dieselbe bestand in einer seit der frühesten Kindheit zur Entwicklung gekommenen Pigment-Scheckenbildung und fortschreitender Atrophirung der Haut. Bei dem älteren hatten sich in dem letzten Jahre im Bereiche des Gesichtes mehrere Knoten gebildet, die sich als Sarcome herausstellten.

Es ist zu bemerken, dass man bei der aufmerksamsten Lectüre der G.'schen Arbeit auch nicht ein einziges Krankheitssymptom vorfindet, welches nicht schon in der Schilderung, welche Ref. im Lehrbuch der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi, II. Th. 1. Lief. p. 182 et sequ. von der von ihm so genannten Xerodermie entworfen hat, enthalten wäre, so dass dem Leser die Identität des von G. mitgetheilten Falles mit den vom Ref. vor 4 Jahren beschriebenen sofort klar sein muss (Ref. kennt ausserdem selbst die von G. citirten Fälle genau und ist dabei in der Lage, diese Identität auch auf Grund der gemachten klinischen Beobachtung zu constatiren.

Um so mehr muss es auffallen, dass G. jener Publication auch nicht einmal Erwähnung thut.

G. glaubt nun, das geschilderte Uebel als Naevus autorum bezeichnen zu sollen, indem er die Pigmentanomalie als das vorwiegendste Merkmal ansieht, »ob zwar mancherlei Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde sich darbieten«, und trotzdem G. klinisch und histologisch die fortschreitende Atrophie der Haut constatirt.

Aber auch über diesen Punct hat sich Ref. (l. c. p. 184) vor 4 Jahren folgendermassen geäussert:

»Bei Xeroderma scheint die Verbildung, die Schrumpfung, die Atrophie von dem Papillarkörper und der Epidermis zu beginnen, und von da erst gegen das Corium fortzuschreiten.

Dafür spricht die Runzelung der Epidermis, die Zerrüttung des Pigmentes und die Menge von kleinen oberflächlichen Teleangiektasieen. Vielleicht ist sogar die Atrophie der Papillargefässe die Einleitung zu diesem Processe, indem sie einerseits zur Atrophie der Papillen, der Epidermis und Pigmentbildung, und andererseits zur Entstehung von kleinen Teleangiektasieen führt.

In dieser Beziehung verdient auch der (l. c. p. 183) erwähnte Umstand sehr grosse Beachtung, dass bei dem Mädchen von 10 Jahren

ein Epithelialcarcinom von so grossem Umfange und in der kurzen Zeit von einem Jahre sich entwickelt hat.

Es ist ja bekannt, dass Epitheliome sehr oft ihre Entstehung von einer Pigmentwarze (Naevus pigmentosus) nehmen«.

Indem nun in G.'s Mittheilung sowohl die klinischen, als die histologischen Merkmale der vom Ref. Xeroderma genannten Krankheitsform bis in die kleinsten Details sich wiederholen, stellt dieselbe sachlich eine casuistische Vermehrung jener Fälle vor, welche deshalb vor Allem von G. hätten erwähnt werden sollen.

Dass man es hier aber weiter nicht mit Naevus, sondern mit einem diffusen und fortschreitenden Processe zu thun habe, geht auch aus den eigenen Angaben G.'s hervor, so dass die Bezeichnung des Uebels als Xeroderma und dessen Einreihung in die Classe Atrophiae cutaneae die gerechtfertigtere zu sein scheint.

(Zu dem Gegenstande bemerke ich noch, dass das l. c. p. 182 von mir angeführte, mit Xeroderma behaftete Mädchen im Jahre 1872 an Peritonealkrebs, und eben so das auf p. 183 l. c. erwähnte Mädchen ebenfalls im Jahre 1872 an fortschreitendem Gesichtskrebs gestorben ist. Ueber die histologisch-ätiologische Beziehung des Epithelialkrebses zu Xeroderma habe ich mich in der Sitzung der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien vom 27. März 1874 [Anzeiger der k. k. Ges. d. Aerzte vom 2. April 1874] geäussert. Ref.). **Kaposi** (Wien).

Chouppe. Sur le mode d'action des injections sous-coutanées de chlorhydrate de morphine.

(Société de Biologie. Séance du 18 jouillet. Gaz. méd. 1874. No. 31.)

Aus 1000 an sich selbst gemachten Versuchen fand Ch. als Resultat, dass die Morphiuminjectionen in loco dolenti gemacht ca. 2—2½ Minuten früher anästhesirend wirken, als von einem entfernten Orte aus. Die Schmerzen hörten bei directer Application früher auf, als sich die Allgemeinwirkungen des Morphiums geltend machten. Einen ferneren directen Beweis für die locale anästhesirende Wirkung des Morphiums fand er bei der Anwendung concentrirterer Lösungen. Während eine Injection von destillirtem Wasser, sowie einer schwachen Morphium-Lösung (1 : 150) am Orte des Einstichs lebhafte Schmerzen verursacht, machen sich bei stärkeren Lösungen (1 : 50 und 1 : 30) gar keine Schmerzen bemerkbar. Ch. empfiehlt daher die Injectionen stets am Orte des Schmerzes selbst zu machen und dazu concentrirte Morphiumlösungen zu verwenden. **O. Volkmann** (Halle).

Verneuil. Erfahrungen über Behandlung von Aneurysmen.

(Société de chirurgie, 22. Juli. Gaz. hebd. 1874. 31. Juli.)

Als Beleg für die Wirksamkeit der unblutigen, oft combinirten Methoden für die Behandlung von Aneurysmen führt V. folgende eigene Beobachtungen an: Bei einem seit einigen Wochen bemerkten rechts-

seitigen Popliteal-Aneurysma liess intermittirende Flexion, da Digitalcompression wegen Stärke des Fettpolsters und der Muskulatur nicht statthaft war, beinah vollständige Heilung erreichen; — Dextrinverband; 14 Tage später starkes Pulsiren; Pat. verliess das Hospital und als er 18 Monate darauf sich wieder vorstellte, war das Aneurysma verschwunden; eine 11stündige Flexion hatte die Heilung bewirkt.

Bei einem zweiten, rechtsseitigen Poplitealaneurysma, bei welchem die permanente Flexion nicht ertragen wurde, musste die durch 10 Tage fortgesetzte intermittirende Flexion von je 15—30 Min. Dauer wegen Erkrankung ausgesetzt werden; Digitalcompression durch 2 Tage à 11 Stunden besserte den Zustand ungemein; directe Compression und Flexion, resp. Extension ergab volle Heilung in 10 Tagen.

3) Aneurysma nach Schnittwunde in der Mitte des Vorderarms. Tourniquet auf die Radialis 4 Std. Compression der Brachialis; eines Abends war aus Versehen das Tourniquet liegen geblieben; am nächsten Tage Aneurysma verschwunden.

4) Ein Aneurysma in der Hohlhand nach Phlegmone derselben durch Anätzung eines Gefässes entstanden, besserte sich durch directe Compression und Compression der Brachialis gar nicht. Compression der Art. ulnaris und radialis in der Nähe des Handgelenks und Injection von 6 Tropfen Liq. fer. bewirkte Heilung.

Einen traurigen Ausgang sah V. in folgendem Falle:

Ein 63jähr. Mann trat mit spontanem Aneurysma — angeblich seit 2 Monaten Schmerz in der Wade — in's Spital. Forcirte Flexion hatte wenig Erfolg; directe Compression des Sacks war zu schmerzhaft, ebenso musste der hohen Schmerzhaftigkeit wegen bald von Compression der Femoralis durch Tourniquet, Gewicht und Finger Abstand genommen werden.

Die bei vorsichtigem Verschluss des centralen und peripherischen Endes des zuführenden Arterienrohrs gemachte Injection von 6 und 7 Tropfen Liq. fer. sesq. hatte nichts geholfen; erneute Injection von 8 Tropfen einer Mischung von Jod und Tannin; die Compression des centralen Endes wird nach 20 Minuten abgebrochen; als die des peripherischen Endes nach 1 Stunde 20 Minuten aufgehoben wird, erfolgt heftiger Schmerz in der Wade, dann Entzündung des schwächer pulsirenden Sacks, Schwellung der Wade; am anästhetischen, kühlen Beine treten blaue Flecke auf, Gangrän; am 3. Tage Frost, Deliriren, Durchfälle, Ergüsse in Hand- und Fussgelenk, Tod. Section: Die inneren Organe ergeben keine Erkrankung; die beiden Gelenke enthalten sero-purulente Flüssigkeit. Das unter der Fascie gelegene 5 Cm. lange Aneurysma hat verdickte Wandungen, enthält rothe, nicht geschichtete Blutcoagula, welche der Innenfläche des Sacks genügend adhäriren und Ausläufer in die Arterie nach oben $1^1/_2$ Cm., nach unten 3 Cm. lang senden; die Arteria Poplitea ist atheromatös; ein Gerinnsel in den Gefässen nicht aufzufinden; nirgends Venenthrombose.

Hierzu bemerkt V.: die Injection coagulirender Substanzen ist bei Behandlung von Aneurysmen selten in Anwendung gezogen (ihrer

hohen Gefahr wegen, Ref.); die Ligatur war bei der bestehenden Atherose der Poplitea unstatthaft und alle mechanischen Mittel waren ohne Erfolg geblieben; das im Sacke gebildete Coagulum war noch nicht adhärent genug, um dem Blutstrome zu widerstehen (Sectionsresultat spricht nicht dafür, Ref.). V. würde vielleicht bald nach Beginn der Embolie die Amputation gemacht haben, wenn der glückliche Ausgang eines ähnlichen Falles ihn nicht hätte zögern lassen und kommt zu dem Schlusse, dass in diesem Falle die Ligatur der Femoralis hätte gemacht werden müssen; — dass von coagulirenden Substanzen Liq. fer. vorzuziehen sei, und endlich nach Auftreten der Embolie die Amputation zu machen gewesen wäre.

Weiterhin berichtet V. über folgenden Fall von Popliteal-Aneurysma bei einem 32jährigen Manne: die Compression der Femoralis während 2 Std. verursachte am 2. Tage Schmerzen im Fusse und den Zehen, Allgemeinbefinden weniger gut. Trotzdem der Sack stellenweise fester wird, vergrössert er sich, Pulsation wird geringer; Erguss in's gleichseitige Kniegelenk; Frost; acute Entzündung des Sacks; Amputation des Oberschenkels. Tod. Section nicht gestattet; die sehr dünnen Wandungen des Aneurysmas sind an einigen Stellen zerrissen; Venen und Arterien des Stumpfes normal. **Pilz** (Stettin).

Stuart Eldridge. Application of elastic ligatures in Surgery.

(The American Journal of med. sciences 1874. July.)

Nach dem Vorgange von Henry Lee in London und Dittel in Wien hat Verf. in verschiedenen Fällen elastische Ligaturen mit Vortheil angewendet. Zur Illustration der Methode werden speciell eine Gefässgeschwulst der Kopfschwarte, ein gestieltes Fibrom der äusseren weiblichen Geschlechtstheile, Hämorrhoiden und eine Fistula ani angeführt.

Die Vortheile der elastischen Ligatur sind: 1) Die Operation ist unblutig. 2) Die elastische Ligatur, einmal angelegt, bedarf, wenige Fälle ausgenommen, nur geringer Beobachtung. Sie schneidet so lange durch, als die Elasticität noch wirkt; ein wiederholtes, schmerzhaftes Anziehen der Ligatur ist unnöthig. 3) Die Gefahr der Pyämie ist vermindert, weil sich eine Thrombose ungestörter ausbilden kann. 4) Die elastische Ligatur ist weniger irritabel, als andere Ligaturen. **Lossen** (Heidelberg).

Pio Foa. Sull' anatomia patologica del gran simpatico.

(Rivista clinica di Bologna 1874. Fasc. 7, 8 & 9.)

F. studirte die Veränderungen der Ganglien des Sympathicus, insbesondere des semilunaren und der cervicalen, an 140 Cadavern, wie sie ihm eben zur Section vorkamen, also von Individuen, welche an den verschiedensten chronischen und acuten Krankheiten gelitten

hatten. Es wurden folgende Anomalieen der Ganglien nachgewiesen: einfache Atrophie — Atrophie mit fibröser Entartung — Hyperämie — Infiltration mit weissen Blutkörperchen bis zur wahren eitrigen Entzündung — Pigmentanhäufung mit fettiger Degeneration — Fettdegeneration — Amyloiddegeneration — Micrococcen in den Blutgefässen.

Hierauf werden die den einzelnen Krankheiten (Tuberculose, Syphilis, Pneumonie etc. etc.) zukommenden Befunde des Sympathicus näher auseinandergesetzt. Zu den constantesten Veränderungen gehören jene, welche bei acuten Infectionskrankheiten vorkommen. Es findet sich bei diesen das Stroma der Ganglien in der Regel von zahlreichen lymphoiden Zellen durchsetzt, zuweilen in dem Grade, dass die Consistenz des Organs erheblich vermindert wird und sich die Nervenzellen mit Leichtigkeit am frischen Präparate isoliren lassen. Die Nervenzellen selbst sind entweder homogen oder mit zahlreichen Fetttröpfchen oder Pigmentkörnchen besprenkelt — von normaler Grösse oder verkleinert. In den Blutgefässen finden sich Massen von Micrococcen. Man findet somit am Ganglion eine Entzündung des Stromas mit Degeneration des Nervengewebes. Manche Erscheinungen bei acuten Infectionskrankheiten, z. B. die häufigen Hyperämieen verschiedener Organe dürften sich aus jenem Befunde erklären lassen.

Menzel (Triest).

Podrazki (Wien). Einige Bemerkungen über den Brustdrüsen-Krebs.

(Wiener allgem. med. Zeitung 1874. No. 14 u. ff.)

Der Verf. hat theils als Assistent v. Pitha's, theils in seiner eigenen Praxis über 200 Fälle von Carcinoma mammae zu beobachten Gelegenheit gehabt und bespricht einige Puncte der Therapie des Brustdrüsenkrebses. Er plaidirt dafür, dass jede Neubildung in der Brustdrüse operirt werden solle; bei Carcinoma mammae operire man mit dem Messer und entferne jederzeit die ganze Mamma. Die elastische Ligatur und die galvanocaustische Schlinge stehen der blutigen Entfernung entschieden nach. Aetzungen (am besten Chlorzink und Chlorantimon) seien höchstens zur Zerstörung von Recidiven nach der Operation anzurathen. Will man eine nicht ulcerirte Partie ätzen, so zerstöre man die Haut früher durch Kali causticum. P. spricht sich gegen die Vereinigung der Hautränder nach der Exstirpation aus, er bedeckt die Wundfläche nur mit Charpie, die in eine schwache Carbolsäurelösung getaucht wird. Parenchymatöse Injectionen haben ihn nie zum Ziele geführt. Condurango, in 16 Fällen angewendet, von denen 15 Recidive nach der Operation betrafen, erwies sich unwirksam, eben so wenig wirkten permanente Eisbehandlung und Compression. In einem sehr merkwürdigen Falle von wucherndem Medullarkrebs der Mamma, der in der Operationswunde selbst recidivirte, hat er spontane Ausstossung der Neubildung und vollständige Heilung beobachtet. Die Frau blieb mehrere Jahre ohne Spur eines Recidivs;

sie ist dem Verf. später aus den Augen gekommen. P. erwähnt namentlich zweier Fälle von vollständiger Heilung durch die Exstirpation; in einem Falle sehr ausgedehnte Operation, mit Achseldrüsenexstirpation; in zwei anderen Fällen, bei welchen nach der Operation knotenförmiges Recidiv eintrat, hat Verf. durch consequente Aetzung jedes Knotens, in einem Falle in Verbindung mit Condurango, Heilung erzielt. Neun Monate später war ein Recidiv noch nicht erschienen.

Der Verf. spricht sich zum Schlusse entschieden gegen die Ansicht aus, dass das Carcinoma mammae als Noli me tangere zu betrachten sei; man operire möglichst früh und möglichst ausgedehnt, und zwar mit dem Messer; kleinere Recidive in der Haut könne man mit Aetzmitteln angreifen. **Winiwarter** (Wien).

John Ashhurst. Laparotomy for Intussusception.

(The American Journal of med. sciences 1874. July.)

In seinem Werke »Principles and Practice of Surgery« 1871 hatte sich Verf. keineswegs günstig über die Laparotomie bei Intussusception ausgesprochen. Ein neuer, mit Glück operirter Fall von Jonath Hutchinson (Med. tim. and gaz. Novbr. 1873) veranlasste ihn, dem Gegenstande wiederum seine Aufmerksamkeit zuzuwenden und genauere geschichtliche und statistische Untersuchungen anzustellen. Auf Grund derselben hält er nunmehr die Laparotomie zwar für gerechtfertigt, will jedoch derselben nur ganz bestimmte Fälle zuweisen.

Zur Rechtfertigung dieser Ansicht werden in Kürze 13 Laparotomieen bei Intussusception beschrieben, welche sich in der Literatur der letzten 2 Jahrhunderte vorfanden. Wir geben den Auszug der Tabelle. Sie enthält unter 13 Operationen 5 Heilungen. 7 Operirte standen im Alter von 16—50 J.; von ihnen genasen 4. 6 waren kleine Kinder; nur 1 (2 J. alt, Fall Hutschinson) wurde gerettet. 3 Kinder unter 1 Jahr starben sämmtlich.

Sind die in Rechnung zu ziehenden Zahlen auch gering, so hält sich Verf. dennoch zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1) Kinder, besonders solche unter 1 Jahre, sollten nicht operirt werden. Es wird hiermit allerdings eine grosse Anzahl von Patienten von der Operation ausgeschlossen. Die Invagination ist bei Kindern und gerade bei solchen unter 1 Jahr sehr häufig — nach Pilz, Schmidt's Jahrbücher Bd. 146, p. 178, waren unter 162 Kindern 91 unter 1 Jahr —, und Leichtenstern (Prager Viertelj. Bd. 78, p. 42) berechnet eine Gesammtmortalität bei Kindern von 86%; aber die Gefahren der Operation erscheinen Verf. noch grösser.

2) Sogenannte acute Fälle von Invagination, bei welchen sehr rasch Erscheinungen von Peritonitis und Darmblutungen auftreten, eignen sich ebenfalls nicht für die Laparotomie. Sie scheinen bei exspectativer Behandlung bessere Resultate zu geben, als die Operation. Dies beweist nicht nur die Tabelle, nach welcher alle derarti-

gen Fälle lethal endeten, sondern auch eine Statistik Leichtenstern's (a. a. O.). Unter 557 Fällen, deren Endresultate bekannt sind, waren 149 mit brandiger Abstossung des invaginirten Stückes. Von diesen genasen 88, es starben 61 (41%). Von den übrigen 408 endeten nur 63 glücklich, es starben 345 (85%).

3) Nach Abzug der Fälle sub 1 u. 2 bleibt eine beschränkte Anzahl von Invaginationen bei Erwachsenen und älteren Kindern übrig, welche von vorne herein mehr unter dem Bilde der hartnäckigen Verstopfung, als einer Peritonitis verlaufen. Sind hier die üblichen inneren Mittel erschöpft, so schreite man zur Laparotomie. Sie hat vor der Entero- und Colotomie den Vorzug, dass sie eine radicale Heilung ermöglicht, während die beiden anderen Operationen nur temporäre Erleichterung gewähren. Der Zeitpunct der Operation ist nach den jetzigen Erfahrungen noch nicht zu bestimmen und bleibt dem Urtheile des Arztes überlassen.

Am Schlusse der Abhandlung folgt noch eine tabellarische Uebersicht von 57 Laparotomieen, ausgeführt wegen Obstructionen aus anderen Ursachen, als Invagination. Verf. benutzte hierbei die früheren Statistiken von Phillips, Delaporte, Whitall und Adelmann, welchen er noch einige Fälle beifügt.

Unter diesen 57 war die Ursache der Obstruction 22 Mal innere Einklemmung durch Pseudomembranen oder Netzstränge etc., 11 Mal Strangulation nach Reposition eingeklemmter Hernien, 9 Mal Darmverschlingung, 6 Mal Darmstrictur, 2 Mal Hernia obturatoria, 2 Mal Vorfall durch Spalte im Rectum, 2 Mal Fremdkörper, je 1 Mal Compression durch Gallenblasencyste, Kothconcremente; nur 1 Mal ist »Ileus« notirt. 18 dieser Fälle genasen nach der Operation. Dies giebt eine Mortalität von 68%. Trotz dieser ziemlich hohen Procentzahl hält Verf. die Laparotomie für durchaus angezeigt, da im anderen Fall der Pat. nach menschlichem Ermessen rettungslos verloren sei. Die Operation soll nach vergeblicher Anwendung milderer Mittel nicht zu lange, jedenfalls nicht über den 3. oder 4. Tag hinaus verschoben werden. Auch hier wird der Laparotomie im Allgemeinen der Vorzug vor der Entero- und Colotomie gegeben. Diese Operationen sind nur dann am Platze, wenn es sich um eine congenitale oder chronische Obstruction des Darmes handelt.

Lossen (Heidelberg).

Kleinere Mittheilungen.

P. Berger. Kyste multiloculaire de l'ovaire. Rupture spontanée d'une de ses poches. Epanchement de son contenu dans le péritoine. Péritonite suraigue. Mort. Autopsie.

France méd. 1874. No. 60.

Bei einer Kranken mit einer Ovariencyste, die bereits 16 Mal punctirt worden war, machte Gosselin die Punction; er punctirte zuerst den bedeutenden Ascites, dann stiess er den Troikart tiefer und entleerte die Cystenflüssigkeit. Es folgte eine acute Peritonitis, der die Kranke erlag.

Bei der Obduction zeigte sich, dass nicht durch die Punctionsöffnung Cystenflüssigkeit in die Bauchhöhle gedrungen war. Die Punctionsöffnung in der Cystenwand war geschlossen und die Peritonealhöhle enthielt keine Cystenflüssigkeit. Es fand sich ausser der punctirten Cyste ein anderer vereiterter Sack, der geborsten war und seinen Inhalt in die Bauchhöhle entleert hatte.

Lichtheim (Breslau.)

John Hamilton. Popliteal Aneurism.

(The Dublin Journal of med. science 1874. August. p. 165.)

Verf. berichtet in der Dublin Path. Society über ein Aneurysma der Poplitea, welches er bei einem 52jähr. Manne beobachtet hatte. Vor 4 Monaten war dasselbe entstanden und bis zu Faustgrösse herangewachsen. Es schien der diffusen Form anzugehören, hatte sehr dünne Wandungen, pulsirte ausserordentlich stark und erzeugte ein deutliches blasendes Geräusch.

Die Compression in der Continuität mittelst Compressorium musste nach 2, die Digitalcompression nach 12 Stunden aufgegeben werden, da der sehr heruntergekommene Pat. über unerträgliche Schmerzen klagte. Aus demselben Grunde wurde die nunmehr angewandte forcirte Beugung ebenfalls verworfen. H. entschloss sich nun zur Unterbindung, welche nach Hunter ausgeführt wurde. Die Pulsation verschwand und der Tumor wurde allmälig kleiner und härter, als am 4. Tage eine heftige Phlegmone auftrat, die zu Eitersenkungen und Metastasen in verschiedenen Gelenken führte. Am 21. Tage erfolgte eine profuse Blutung, deren man erst spät Herr wurde. Eine nochmalige Blutung hatte den Tod zur Folge.

Bei der Section fand man die Arterie an der Ligaturstelle halb durchschnitten, im Lumen keine Spur von Thrombose. Die Aorta war atheromatös.

Lossen (Heidelberg).

Launay. Ueberzählige Zehen und Finger.

(Société de chirurgie 22. Juli. Gaz. hebdom. 1874. Juli 31.)

L. berichtet über ein Kind mit 4 überzähligen Fingern an jeder Hand und 2 überzähligen Zehen an jedem Fusse, dessen Mutter an jedem Fusse 7 Zehen und an den Händen 7 Finger — Polydactylie mit Syndactylie complicirt — zeigte; die an den Händen im Kindesalter vollzogene Operation hatte dieselben sehr verunstaltet; erinnert wird an den Fall von Voight (?), nach welchem die Frau an jeder Hand 10 Finger, an jedem Fusse 12 Zehen hatte.

Pilz (Stettin).

Spencer Wells. Birth of triplets after ovariotomy.

(Med. tim. and gaz. 1874. Septbr. 5. p. 274.)

W. veröffentlicht eine Mittheilung eines Herrn Balding zu Royston, nach welcher eine von ihm (W.) vor 6 Jahren ovariotomirte Frau, nach schon vorausgegangenen zwei anderen Geburten, Anfangs August im 5.—6. Schwangerschaftsmonat von lebenden männlichen Drillingen entbunden wurde.

Ranke (Halle).

Olioli. Forcella in vescica modo semplice di estrarla.

(Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino 1874. No. 6.)

Durch mehrfache Versuche an der Leiche hat O. sich überzeugt, dass man eine Haarnadel aus der weiblichen Harnblase mit Leichtigkeit durch den Gräfe'schen Schlingenschnürer herausziehen kann, wenn der Schlingenschnürer durch eine Drahtschlinge armirt ist.

(Sollte es nicht einfacher sein, die Haarnadel durch eine Drahtschlinge allein ohne Gräfe'schen Schlingenschnürer zu extrahiren? Ref.).

Menzel (Triest).

E. Ingerslev. Hämatoma extravaginale.

(Ugeskrift for Loger, Bd. 17. No. 25.)

Eine 20jährige Primipara gebar bei einer leichten Niederkunft ein ganz ausgetragenes Kind, ohne dass irgend etwas Abnormes während der Geburt bemerkt wurde. Drei Viertelstunden nach der Geburt begannen aber schmerzhafte wehenähnliche Empfindungen, welche die Bildung eines Hämatoms anzudeuten schienen. Bei der gleichzeitig vorgenommenen Exploratio rectalis und vaginalis wurde das Septum rectovaginale ganz frei von Infiltration gefunden, wohingegen eine gespannte elastische Ausfüllung sich links hinter dem Mastdarme in dem hier liegenden Bindegewebe zeigte. Weder im hintern Lacunar noch im Parametrium wurde die Infiltration gefühlt, und sowohl Vagina als Collum uteri waren ohne Ruptur. Nach diesen Umständen nimmt der Verfasser an, dass das Hämatom sich durch eine Ruptur in der unmittelbaren Nähe des Uterus mit nachfolgender Senkung gebildet hat. Nachdem dasselbe in Suppuration übergegangen war und sich durch spontane Perforation entleert hatte, wurde eine Compression mit Gariel's Luftpessarium applicirt, welches, mit freien Intervallen, je 24 Stunden liegen blieb, wodurch die Verwachsung der Abscesswände begünstigt wurde.

Paulli (Kopenhagen).

John Packard. Case of lumbar colotomy.

(The American Journal of med. sciences. 1874. July.)

Verf. berichtet in Kürze über einen Fall von Colotomie bei einer Patientin, welche in Folge von Carcinoma uteri an Obstruction litt. Der ungefähr 4 Zoll lange bogenförmige Schnitt wurde vom oberen äusseren Rande des Quadratus lumborum schief nach rückwärts und auswärts geführt. Der Darm war wegen der geringen Nahrungsaufnahme wenig gespannt und daher schwer aufzufinden. Die Darmwand wurde 1 Zoll lang eingeschnitten, die Ränder mit der Haut vereinigt. Ein leichter Vorfall der Schleimhaut verschwand nach Application einer Bandage.

Pat. erholte sich sehr bald und befindet sich jetzt, 15 Wochen nach der Operation, relativ wohl.

Verf. bedauert, und wohl mit Recht, dass die Colotomie in derartigen Fällen noch nicht die Verbreitung gefunden habe, die ihr zukomme.

Lossen (Heidelberg).

H. Laub. Ein Fall von seltener Form der Laryngostenose und Bemerkungen über Tracheotomie.

(Hospitalstidende 1874. No. 4. 5. 6.)

Der Verfasser hat einen Fall beobachtet, wo ein anscheinend einfacher Katarrh die Veranlassung zu einer chronischen Laryngostenose gegeben hat. Der Patient war nicht syphilitisch und hatte nicht früher an Hals- oder Brustaffectionen gelitten. Nachdem er anderthalb Jahr über Heiserkeit und Athmenbeschwerden geklagt hatte, machte die Dyspnoë eine Tracheotomie nothwendig. Drei Vierteljahre danach starb der Patient an einer purulenten Bronchitis. Die Section erwies eine enorme Verdickung der Mucosa und der Submucosa, welche sich bis über die Mitte der Epiglottis erstreckte. Die Schleimhaut zeigte sich gerunzelt und die ganze Cavität des Larynx war bedeutend vermindert, so dass zwischen den Stimmbändern nur für einen gewöhnlichen Stahlfederstiel Platz war. Nirgends Ulceration noch Neubildung. Cartilago thyreoidea, cricoidea und Cartilagines arytaenoideae waren ossificirt. Die Knochensubstanz war aber in diesen letztern und im hintern Theile der Cartilago cricoidea sehr spongiös und nur von einer dünnen compacten Rindensubstanz umgeben. Die Cartilagines arytaenoideae

und die Platte der Cartilago cricoidea waren sehr vergrössert, und das Perichondrium hier sehr geschwollen. — Die folgenden Bemerkungen über Tracheotomie geben eine kurze Kritik der verschiedenen Methoden.

Paulli (Kopenhagen).

Panas. Laryngo-Tracheotomie mit Crico-Ektomie.

(Société de chirurgie, 10. Juni 1874. — Gaz. hebdom. 1874 19. Juni.)

P. stellte einen Mann vor, bei dem er wegen Phlegmone des Halses mit Glottisödem die vorbenannte Operation ausführte. Eine Motivirung dieses Verfahrens ist in dem kurzen Berichte nicht gegeben. Es ist dieses die 2te von Panas verrichtete derartige Operation. **Pilz** (Stettin).

Hénocque. Observation de corps étranger de l'oreille externe.

(Société de Biologie. Séance d. 18. jouillet. Gaz. méd. No. 31.)

Einem 19j. Mädchen, das seit 5 Monaten nicht mehr hörte, aber lebhafte subjective Geräusche empfand, extrahirte H. nach Beseitigung eines Cerumenpfropfes eine Wanze aus dem Gehörgang. Hinter derselben unmittelbar vor dem Trommelfell befand sich noch ein 2ter Pfropf. H. glaubt, dass das Insect in den bereits verstopften Gehörgang eingedrungen und durch weitere reichliche Secretion nach aussen zu abgeschlossen worden sei. **O. Volkmann** (Halle).

Deprès. Adenom des weichen Gaumen. Entfernung.

(Société de chirurgie, 15. Juli. Gaz. hebd. 1874. Juli 24.)

Deprès stellt eine Kranke vor, der er unblutig mittelst des Ecraseur nach vorausgeschickter Punction zweier Cysten, ein eigrosses, cystisches Adenom vom Gaumensegel entfernt hat; reactive Entzündung Null; ohne Angabe der Gründe giebt er in solchem Falle dem Ecraseur den Vorzug vor der Galvanocaustik.

Pilz (Stettin).

Wilson. Lymphadenoma of the skin.

(Med. tim. and gaz. 1874. Septbr. 5. p. 269.)

Bericht über einen Fall aus dem St. Louis Hospital, nach einem Vortrag des Prof. E. Wilson im college of surgeons. Die 42jährige Patientin war bis zum 37. Jahre vollständig gesund gewesen. Dann entwickelte sich ein, in gesonderten Flecken auftretendes, über den ganzen Körper sich verbreitendes Eczem, welches 3 Jahre lang jeder Therapie trotzte. Nun erschienen schmerzlose Knoten in der Haut, und zwar zuerst auf der Brust; im Durchschnitt waren sie von Haselnussgrösse. Während einzelne in Folge unpassender Behandlung ulcerirten, verschwanden andere, einen dunkelbraunen Pigmentring zurücklassend. Das Blut zeigte die weissen Zellen in vermehrter Anzahl. Nach 5jährigem Leiden starb die durch Diarrhöen heruntergekommene Patientin an Lungenödem.

Alle Lymphdrüsen waren geschwellt, die Milz von normaler Structur, etwas vergrössert. Die mikroskopische Untersuchung der nach dem Tode sehr verkleinerten Geschwülste durch Ranvier ergab echtes Lymphdrüsengewebe. Zum Schluss wird auf eine Arbeit von Demange in »Annales de Dermatologie et de Syphilographie mit einer Analyse von 8 ähnlichen Fällen verwiesen.

Ranke (Halle).

Berichtigung:

S. 429, Z. 1 v. u. lies citricum statt nitricum. — S. 430, Z. 16 v. o. lies appareil plâtré statt apparail platré.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 30. **Sonnabend, den 24. October.** **1874.**

Démarquay. Sur le pansement des plaies avec l'acide phénique (suivant le procédé de Lister) et sur le développement des vibrioniens dans les plaies.

(Comptes rendus. T. 79. p. 404—6.)

D. hat bei 8 grösseren Operationen die Lister'sche Wundbehandlung streng angewandt. Darunter waren 4 Exstirpationen von Tumoren der Mamma nebst den mitafficirten Axillardrüsen, zwei Castrationen, eine Exstirpation eines grossen Parotis-Enchondroms und eines Fibrosarcoms der Bauchwand. Von Complicationen, die während der Wundheilung unter Anwendung des Lister'schen Verfahrens eintraten, sind zu erwähnen: 4 Mal venöse Hämorrhagieen am Tage nach der Operation, eine arterielle Nachblutung am 8. Tage, eine purulente Infection, die auch zum Exitus letalis führte. In allen 8 Fällen war zu constatiren, dass die Wunden schlaff, anämisch

und atonisch erschienen (? Ref.), nichtsdestoweniger aber die Vernarbung gut vor sich ging und dass ferner der abfliessende Eiter sehr serös war und wenig Eiterzellen enthielt. D. meint, dass die Carbolsäure das Blut flüssiger macht, so seine Coagulation hindert und dadurch Blutungen aus der Wunde begünstigt. Hierauf wären die Nachblutungen am Tage nach der Operation und die arterielle Blutung am 8. Tage zurückzuführen. Der fast täglich einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogene Wundeiter zeigte stets Haufen von Vibrionen, wie dies schon H. R. Ranke gefunden hat (cf. Centralbl. f. Chir. No. 13), ebenso wenn die Wunde mit Alkohol, Glycerin, Tinct. Eucalypti u. A. verbunden wurde. Gleichwohl trat bis auf den einen Fall von purulenter Infection überall Heilung ein. D. kommt so zu dem Schluss, dass keine Operations- oder Wundbehandlungsmethode im Stande ist, die Entwicklung von Vibrionen in der Wunde zu verhindern und dass die Gegenwart einer gewissen Zahl dieser kleinsten Organismen der Heilung sonst wohl gepflegter Wunden keinen Eintrag thut. (Ob die unglücklichen Resultate der Methode als solcher, oder deren Anwendung durch Verf. zur Last zu legen sind, bleibt dahin gestellt. Ref.) **J. Munk** (Strassburg i/E.)

J. E. Erichsen. On hospitalism and the causes of death after operations.

London, Longmans, Green et Co. 1874.

E. bespricht in 4 ursprünglich im University College Hospital gehaltenen Vorträgen die Höhe der Sterblichkeit nach grösseren Operationen, speciell Amputationen, die Ursachen der Todesfälle nach Operationen, die Art, wie der »hospitalism« erzeugt wird, wie er zu bekämpfen ist. Neben sonst Bekanntem werden statistische Uebersichten der in den letzten drei Jahren im University college Hospital ausgeführten Operationen gegeben (cf. Centralbl. für Chir. No. 24, p. 378). Unter »hospitalism« fasst E. alle verderblichen Einflüsse zusammen, die jedes Hospital, gross oder klein, jedes Gebäude, das, zeitweise oder dauernd, grosse Mengen verwundeter und verletzter Menschen unter seinem Dache ansammelt, auf die Wunden und den allgemeinen Gesundheitszustand seiner Bewohner ausübt. Simpson entgegen beweist er, dass die Sterblichkeit durch septische Krankheiten nicht in directer Proportion mit der Grösse des Hospitalgebäudes wächst.

Nichts Neues enthaltend und vielfach nur für englische Hospitäler berechnet, sind die hygieinischen Regeln, nach denen dem Hospitalism entgegen gewirkt werden soll. **Madelung** (Bonn).

G. Wegner. Ueber das normale und pathologische Wachsthum der Röhrenknochen.

(Virch. Archiv 1874. Bd. LXI. Hft. 1. p. 44.)

W. fasst die Resultate seiner sehr lesenswerthen Arbeit, die er »eine kritische Untersuchung auf experimenteller und casuistischer

Grundlage« nennt, folgendermassen zusammen: »Wir haben zunächst nachgewiesen, dass die Argumente, die indirect für die Existenz eines interstitiellen Knochenwachsthums sprechen sollten, nicht stichhaltig sind, wir haben ebenso dargethan, dass die Experimente, die einen positiven Nachweis liefern sollten, irrig sind, zum Theil in der Beobachtung, zum Theil in der Auslegung. Da anderweitige Beweisgründe nicht existiren, so folgt daraus bis auf Weiteres, dass ein interstitielles Wachsthum nicht existirt. Wir haben ferner in ihrer Vollständigkeit die mannigfaltigen Beweise für die Appositionstheorie zusammengestellt: Wir fanden keinerlei stichhaltige Beweise gegen dieselbe; die Experimente, die für dieselbe sprachen und deren Richtigkeit man bestritten hatte, haben wir von Neuem bestätigt und eine Reihe anderer nach derselben Richtung zeugender hinzugefügt. Mit einem Worte, wir constatiren, dass die vorliegenden Beobachtungen und Erfahrungen alle dafür sprechen, dass das Wachsthum der Knochen in der That nur auf dem Wege der Apposition und Resorption erfolgt«.

Madelung (Bonn).

H. Tillmanns. Beiträge zur Histologie der Gelenke.

(Arch. für mikroskop. Anatomie 1874. Bd. 10. p. 401—440; mit 2 Tafeln.)

Bei der grossen Meinungsverschiedenheit zahlreicher Forscher über die Histologie der Gelenke, wie Böhm, Hüter, Schweigger-Seidel, Henle, His, Landzert u. A., hat T. nochmals den Gegenstand aufgenommen und denselben einer eingehenden Untersuchung unterworfen. Seine vorzugsweise im physiologischen Institute zu Leipzig unter Leitung von Prof. Schwalbe angestellten Untersuchungen erstreckten sich auf Gelenke sowohl von Menschen, als auch ganz besonders von frisch getödteten Hunden, Kaninchen, Schweinen etc. Die Gelenke wurden theils frisch untersucht in $^1/_2\%$ NaCl-Lösung, in destillirtem Wasser, in Jodserum, Glycerin und Müller'scher Lösung; ferner in Kal. bichrom. und Chromsäure von verschiedenen Stärkegraden. Auch die Silberbehandlung (Hüter, Landzert) wurde in verschiedener Weise angewandt. Zur Untersuchung des Bindegewebes der Gelenkkapseln diente ganz besonders $^1/_2\%$ Ueberosmiumsäure, welche mittelst feinster Canülen in und unter die Intima injicirt wurde. Endlich wurden auch in Alkohol gehärtete und mit Carmin oder Hämatoxylin tingirte Präparate zur Untersuchung benutzt. T. kam zu folgenden Resultaten:

An der Innenfläche menschlicher und thierischer Gelenkkapseln findet sich ein continuirliches, kernhaltiges Endothel, welches sich z. B. durch vorsichtiges Abstreichen mit dem Messer von der fibrillären, gefässreichen Unterlage in Form von kleineren und grösseren Fetzen isoliren lässt; die einzelnen Endothelzellen lassen sich ebenfalls mit Leichtigkeit isolirt darstellen. Das Endothel ist meist einfach, hier und da aber stellt es eine mehrschichtige Wucherung dar, wahrscheinlich hervorgerufen durch den entzündlichen Reiz der Reibun-

gen bei den Gelenkbewegungen. Die Richtigkeit der Hüter'schen Angaben, dass die Innenfläche der Kapselmembran kein Endothel habe, sondern aus »keratoidem« und »epithelioidem Bindegewebe« bestehe, konnte T. nicht bestätigen. Auch lagen die Gefässe stets unter dem Endothelhäutchen, nicht nackt zwischen den Zellen, wie es Hüter beschrieben. Die Silberbehandlung, welche verschiedenartige Bilder ergab, erklärt T. mit Schweigger-Seidel bezüglich der histologischen Untersuchung der Gelenke für eine unzuverlässige Methode und ist der Ansicht, dass die damit gewonnenen Resultate (Hüter u. A.) Kunstproducte seien. Abgesehen von der Gegenwart der Synovia ist dieses auch deshalb schon um so erklärlicher, als die Synovialintima keine »ruhige Membran« darstellt, sondern infolge der Insulte bei den Gelenkbewegungen in einen zum Theil »entzündlichen Zustand« geräth, der das Endothelhäutchen der Synovialintima im Vergleich zu dem Endothel der übrigen serösen Häute wesentlich differenzirt (bald einfaches Endothel, bald Wucherungsendothel, ausgedehnte Verfettung der obersten Schichten, Abfallen der Endothelzellen von der Unterlage etc.). Diese so wechselnde Configuration des Synovialendothels, die ungleichmässige chemische Beschaffenheit der einzelnen Zellen und endlich die Gegenwart der Synovia sind der zuverlässigen Anwendung der Silberbehandlung durchaus ungünstig.

Das Endothelhäutchen der Synovialis geht constant auf die intraarticulären Ligamente (lig. teres, lig. cruciata etc.) über, ebenso auf die freiliegenden Theile (Rand) der Bandscheiben und Zwischenknorpel. Der Gelenkknorpel des Erwachsenen (Mensch und Thier) ist ohne Endothel, auch beim Fötus sah T. nie eine vollständige Endothelbedeckung (Reichert), doch ist es möglich, dass in bewegungslosen Gelenken des Fötus und des Erwachsenen sich das Endothelhäutchen mehr oder minder vollständig über den Knorpel hinschiebt.

An der Innenfläche der Gelenkkapsel wurde in der Regel in ihrer ganzen Ausdehnung Endothel constatirt, an grösseren oder kleineren Partieen beobachtete T. zuweilen abgehobene Falten oder Lücken im Endothelhäutchen, z. B. an der Innenfläche der Sehne des Quadriceps, welche in anderen Fällen wieder vollständige Endothelbedeckung zeigte. An den Stellen, wo das Sehnengewebe des Quadriceps nackt zu Tage trat, fanden sich auf- und eingelagerte Zellen, die, wie in der Achillessehne des Frosches, theils den Eindruck von wirklichen Knorpelzellen machten (Kölliker, Lehmann, Ponfick, Bruce v. Töröck), theils den Boll'schen »elastischen Zellplatten« glichen. In einem sehr interessanten Falle fand T. ein aus solchen Zellen bestehendes eigenthümliches Häutchen, welches hier und da deutliche Falten zeigte und von der Unterlage abgehoben war; dasselbe ging auf der einen Seite in das Endothelhäutchen über, andererseits (nach oben) in dieselben isolirt, oder zu Gruppen liegenden »elastischen Zellplatten« und wirkliche Knorpelzellen, so dass T. die wirklichen Knorpelzellen und »elastische Zellplatten« für umgewandelte Endothe-

lien hält. Die erwähnten Zellbildungen fand T. besonders an solchen Stellen des Sehnengewebes, wo keine injicirbaren Blutgefässe waren; letztere hörten schlingenförmig auf (bindegewebiger Knorpel).

Die weiteren Untersuchungen betreffen die bindegewebige Structur der Synovialkapsel (T. bestätigt die Ansichten von Boll u. A.), sowie das Vorkommen und den histologischen Bau der Synovialzotten. T. unterscheidet echte und falsche Zotten. Erstere finden sich an allen Stellen der Synovialintima, wo Endothel vorkommt, besonders aber an den Rändern der Synovialfalten. Echte Zotten sind nach T. solche, die mit einem continuirlichen, einfachen oder mehrschichtigen Endothel bekleidet sind; sie sind meist gefässhaltig. Bezüglich des Zotten-Endothel gilt genau dasselbe, was von dem der Synovialintima behauptet wurde. Je nach der Beschaffenheit der Grundsubstanz der Zotten unterscheidet T. Schleimzotten, Faserzotten, Schleimfaserzotten und Fettzotten. Durch die excessive Entwicklung der letzteren wird das lipoma arborescens (Joh. Müller) producirt. Die Schleimfaserzotten bestehen aus einem bindegewebigen, isolirbaren Grundstock mit einer interfibrillären, mucinreichen Umhüllungsschicht. Die echten Synovialzotten, besonders die schleimhaltigen, stehen wahrscheinlich zu der Synoviabildung in einem causalen Connex, indem man nicht selten schleimige, von aussen nach innen fortschreitende Auflösung der Zotten beobachtet, so dass der in der Mitte gelegene fibrilläre Grundstock fast isolirt scheint.

Die Tochterzotten aller echten Zotten entstehen sehr häufig durch Endothelwucherung, die Entstehung der primären Zotten ist dunkel.

Die falschen Zotten sind Derivate des Knorpels, sie entstehen durch Auffaserung der hyalinen Knorpelsubstanz; sie sind constant gefäss- und endothellos. Nur jene haben zum Theil Gefässe und Endothel, die von dem mit Endothel und Gefässen versehenen Rande des Knorpels sich abfasern. Von den falschen Zotten können irriger Weise viele für directe Fortsetzungen der Synovialis, für wirkliche Synovialzotten gelten, weil sie sich immer mehr vom Knorpel auffasern.

Als interessant ist noch zu erwähnen, dass hyaliner Knorpel frisch getödteter Hunde und Kaninchen durch Kal. hypermang., oder 10% NaCl-Lösung in Fibrillen und Fibrillenbündel sich spalten lässt. Wahrscheinlich befindet sich zwischen den einzelnen Knorpelfasern eine Kittsubstanz von optisch gleicher Brechungskraft, wie die ersteren, weshalb die hyaline Knorpelgrundsubstanz für gewöhnlich homogen erscheint. Der verklebende Kitt wird durch die genannten Reagentien gelöst.

Bezüglich der Entstehung der Synovia tritt T. der zuerst von Frerichs ausgesprochenen Ansicht bei. Nach T. stellt die Synovia ein Transsudat dar, »welches seinen Mucingehalt durch den Untergang von Endothelien der Synovialis und der Zotten und besonders auch aus der Schleimsubstanz der letzteren erhält«.

Ueber die Lymphgefässe der Gelenke behält sich Verf. noch eine besondere Mittheilung vor. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

Kocher. Krankheiten des Hodens und seiner Hüllen, des Nebenhodens, Samenstranges und der Samenblasen.

(Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, redigirt von v. Pitha und Billroth. Bd. III. 2. Abth. 7. Lfrg.)

In dem vorliegenden ersten Abschnitt der noch nicht vollständig m Druck erschienenen Arbeit werden auf 214 Seiten wesentlich nur die chirurgischen Krankheiten des Scrotums und der Hüllen des Hodens und Samenstranges (incl. der Geschwülste) behandelt. Da die Erkrankungen des Hodens selbst, der Samenblasen und des Samenstranges bei vorauszusetzender gleicher Ausführlichkeit gewiss noch weitere 200 Seiten in Anspruch nehmen dürften, so wird die Literatur binnen Kurzem um ein Werk über den betitelten Gegenstand bereichert sein, wie es in ähnlicher Vollständigkeit bisher nicht vorhanden war.

Jedes einzelne Capitel zeigt, dass Verf. seine Aufgabe nach allen Richtungen hin zu erschöpfen bestrebt gewesen ist.

Nicht zufrieden mit der sorgfältigsten Sichtung und Verwerthung der sehr zahlreichen und zum Theil schwer zugänglichen casuistischen Einzelmittheilungen und zusammenfassenden Schriften, hat derselbe sich auch noch der ebenso mühsamen als dankenswerthen Arbeit unterzogen, die Mehrzal der in deutschen und schweizerischen Sammlungen vorhandenen Präparate von Neuem durchzusehen und auch die Aufzeichnungen einzelner deutscher Universitätskliniken zu benutzen. Es liegt auf der Hand, wie sehr dadurch das Detail, namentlich aber die bisher theilweise noch recht dürftig gehaltenen pathologisch-anatomischen Daten an Gründlichkeit und Selbstständigkeit gewinnen mussten. Den grössten Raum des eines Auszuges nicht fähigen Originals nimmt das Capitel von den Entzündungen der Scheidenhäute des Hodens und Samenstranges ein. Verf. verwirft für diese Erkrankung den Sammelnamen der Hydrocele und bezeichnet die Entzündung der Tunica vaginalis testis als Periorchitis, die der Tunica vaginalis funiculi spermatici nicht eben glücklich als Perispermatitis. Jede dieser beiden Formen wird in eine acute und chronische Unterabtheilung gebracht, deren jede abermals je nach der serösen, plastischen und eitrigen Beschaffenheit des gesetzten Exsudates verschiedene Benennungen erhält.

Damit aber das rein anatomische Eintheilungsprincip die klinischen Interessen nicht schädige, folgt bei ausführlicher Besprechung dieses Schemas eine sehr genaue Würdigung der Formvarietäten der Exsudate. Vier Abtheilungen enthalten:

1) die mit dem Peritoneum communicirenden, resp. von demselben abgeschlossenen Ergüsse,

2) die von einem oder mehreren Säcken umschlossenen Exsudate,

3) die Complicationen derselben mit anderen Cysten,

4) die abgekapselten und diffusen Formen.

Auf alle Fälle ist die Bearbeitung als eine fortschrittliche zu bezeichnen.

Wilh. Koch (Berlin).

Ott (Prag). Ueber Stimmbandlähmung.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 30 u. 31.)

Ein 20jähriger Soldat war als fünfjähriges Kind in einen Bach gefallen; Husten und Heiserkeit folgten, schwanden nach acht Tagen, kehrten aber öfters wieder. Postenstehen in stürmischer Winternacht hatten dieselbe Folge, nur gesellte sich bald völlige Stimmlosigkeit dazu, welche, nachdem der Husten vergangen, blieb und seit 1/4 Jahr bestand. Pat. ist kräftig, gesund, von gesunden Eltern, war nie syphilitisch, aber stotterte schon seit frühester Kindheit. Das Gaumensegel etwas schlaff hängend, Schleimhaut im Larynx, besonders die falschen Stimmbänder geschwellt; letztere bei starkem Phonationsbestreben sich wulstend und in den vorderen zwei Dritttheilen sich berührend. Bei Beginn des Phonationsversuches sieht man, dass die wahren Stimmbänder eine elliptische etwa 2 Mm. breite Spalte zwischen sich freilassen; das linke ist stärker excavirt. Es ergiebt sich eine asymmetrische Paralyse der Stimmbandspanner, d. h. sowohl der mm. crico-thyreoidei, als der thyreo-arytaenoidei interni und crico-arytaenoidei laterales. Der Patient kann nur mit Flüsterstimme sprechen, beim Abhusten aber einen lauten hörbaren Ton von sich geben (phonische Paralyse nach Türck). Diese laryngoskopisch zu verfolgende Action wird durch die mm. thyreo-arytaenoidei ext. (Luschka) oder Taschenbandmuskel (Bose) bewirkt. Dieselben müssten bei einer respiratorischen Paralyse (bei welcher kein lauter Husten zu hören ist) mit gelähmt sein. Ferner macht Verf. auf das bei Stimmbildungsversuchen in solchen Fällen zu beobachtende rasche Entweichen der Luft aufmerksam. Lähmungen in einzelnen Muskeln sollen meist myopathischen Ursprungs sein, solche, welche mehrere Muskeln beider Kehlkopfhälften befallen, fast stets Folge eines central oder peripherisch nervösen Leidens. Den vorliegenden Fall rechnet Verf. zu den von Gerhardt sogenannten »katarrhalisch-rheumatischen« (!) Paralysen. Simulation ist von vornherein wegen der Asymmetrie auszuschliessen. Hinsichtlich der Prognose gilt der Satz, dass die Heilung um so längere Zeit in Anspruch nehme, je länger das Leiden bestehe. Therapeutisch wird erstlich eine noch vorhandene katarrhalische Erscheinung, ferner die Lähmung zu heben sein. Ersterer Indication genügt man durch Adstringentien in Pulverform oder Lösung, letzterer durch Electricität (extra- und intralaryngeal applicirt) und durch Phonationsgymnastik.

v. Mosengeil (Bonn.)

Tuchmann (London). Ueber ein neues Mittel zur Diagnose der Blasen- und Nierenkrankheiten.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 31 und 32.)

Das Mittel ist durch ein Instrument gegeben, welches erlaubt, die Mündung des einen Harnleiters für einige Minuten zu verstopfen und den während dieser Zeit aus der anderen Niere fliessenden Urin

gesondert aufzufangen. Die Anwendungsweise erklärt sich durch einige anatomische Verhältnisse. An der Basis des Trigonum Lieutaudii liegt das sog. Ligamentum interuretericum als ein hervortretender Wulst. Besonders bei Blasen mit Hypertrophie der Muskulatur ist es stark entwickelt, da es aus fortgesetzten Muskeln der Harnleiter besteht. Der vordere Theil des Trigonum besteht auf seiner Oberfläche aus einer glatten Schleimhautpartie, welche so fest an die unterliegenden Muskeln befestigt ist, dass es unmöglich ist, dieselbe mit einer Pincette in Falten abzuheben. Hierüber wird eine Sonde glatt, über das lig. interuretericum holpernd hinweggleiten. Ferner liegt ein Moment bei der Anwendung des zu beschreibenden Instrumentes in den, innerhalb bestimmter Grenzen, constanten Grössenverhältnissen der Trigonalgegend. Das Instrument besteht aus zwei in einander verschiebbaren Silberröhren; diese tragen am Ende zwei kurze, etwa wie beim Mercier'schen Katheter seitlich in Krümmung abgehende Branchen, ferner Augen, welche das Abfliessen des Urins wie bei Kathetern ermöglichen. Wenn die innere Röhre aus der äusseren ein Stück zurückgezogen worden, wobei ein Stift der einen Röhre, der sich in einem Falz der andern bewegt, Dislocationen ad peripheriam unmöglich macht, wirkt bei Nachlass des Zuges eine zwischen den Röhren angebrachte Spiralfeder auf dieselben zusammendrückend. Die Federkraft ist jedoch nur gerade so stark, dass die Branchen Etwas fassen, jedoch nicht pressen können. Mit einem rechtwinklig gebogenen Katheter oder mit einer Steinsonde ist das lig. interuretericum stets zu fühlen. (Verf. hat die Probe an mehr, als 50 Leichen von Männern, Frauen, selbst 8jährigen Kindern, an 8 Patienten und 32 Mal an sich selbst in allen Situationen ausgeführt. Bei Frauen ist das Experiment leichter, weil man mit dem in die Scheide eingeführten Finger den Blasengrund dem Instrument entgegendrücken kann.) Nach Einführung des Instrumentes in die Blase seitliches Umdrehen, so dass die Branchen horizontal stehen, Hineinschieben bis zum lig. interuretericum, Fixiren der äusseren Röhre, sowie der an ihr sitzenden, vorderen Branche in dieser Stellung, Zurückschieben der inneren Röhre mit der hinteren Branche, soweit es möglich (etwa 1—1½ Zoll), Heben des Griffes und Loslassen der inneren Röhre, so dass die Feder wirkt. Je nachdem man auf der einen oder andern Seite operirte, wird die entsprechende Ureterenmündung in der gefassten Schleimhautpartie geschlossen sein. In 5 Minuten flossen bei einem Selbstversuch des Verf.'s aus dem einen offenen Ureter 3 grm. Urin, in 2½ Minuten dieselbe Quantität, wenn beide geöffnet waren.

Es folgen Bemerkungen über den Gebrauch des Instrumentes in der Praxis.

v. Mosengeil (Bonn).

Christian Gatz. Ueber Malleus humidus et farciminosus.

Inaug.-Diss. Bonn 1874.

Nach einleitenden Allgemeinbemerkungen theilt Verf. einen traurigen Fall mit. Ein Thierarzt hatte bei Section eines rotzkranken Pfer-

des, obwohl selbst mit der Loupe keine Verletzung an der Gegend, von wo die Erkrankung ausging, nachweisbar war, sich inficirt. Kurz nach der Section (wie lang ist nicht gesagt) stellte sich im Mittelfinger Pulsiren und heftiger Schmerz ein, Lymphangioitis und Lymphdrüsenschwellung folgte. Schüttelfröste leiteten ein heftiges Fieber ein, nach $2^1/_2$ Wochen folgte der Tod unter comatösen Erscheinungen. Die Section wurde nicht gemacht. Einen ferneren, chronisch verlaufenden Fall, der nach Jahresfrist erst lethal endete, erwähnt G. flüchtig. Am Schluss macht Verf. bei Besprechung der Therapie auf die Transfusion aufmerksam. **v. Mosengeil** (Bonn).

Reliquet. Rétrécissement sinueux et infranchissable de l'urèthre, compliqué des fistules périnéales.

(Gaz. des hôpitaux 1874 No. 18).

Bei einem 59jährigen Officier war 1842 die Lithotripsie gemacht worden. Seit 1859 zunehmende Urinbeschwerden, 1870 vollständige Urinretention; es entsteht eine Urethralfistel. Als R. den Kranken sah, fand er in der Gegend des Perineum 5 Urinfisteln, darunter 2 sehr grosse. Das verhärtete, callöse Gewebe der Strictur ging nur wenig in den Hodensack über und war am Perineum deutlich begrenzt, etwa halbfaustgross. Da die Strictur vollständig impermeabel war, so wurde auf Wunsch des Pat. die Urethrotomia ext. gemacht. R. operirt mit einem Tförmigen Schnitt; die verticale Incision verläuft in der Medianlinie des Perineum, die quere am unteren Ende der letzteren. Es wurde die Harnröhre von der pars prostatica bis in die pars cavernosa gespalten. Nach 40 Tagen war der Pat. vollständig geheilt, der Urin floss ohne Beschwerden durch die Harnröhre. Nach R. giebt die mediale Incision des Perineum allein nicht genug Raum, abgesehen von dem anderen Nachtheile, dass man in narbigem Gewebe nur schwer die Mitte genau innehalten kann. Bezüglich der Nachbehandlung befolgt E. folgende Maxime: drohende Urinintoxication bekämpft er erfolgreich durch Schwitzcuren und Laxantien. (R., Traité des voies urinaires 1868). Als Katheter à demeure wendet R. solche aus weichem Gummi an, die anfangs täglich ein- oder 2mal, später seltner gewechselt werden. R. fixirt die Lage des Katheters in der Weise, dass er denselben nach der Inguinalfalte hin neigt. Auf diese Weise wird der Katheter besser vertragen, die Wundheilung verläuft rascher und der Urin fliesst besser ab. Liegt der Katheter zwischen den Schenkeln, so reizt er nach R. Blase und Blasenhals besonders dadurch, weil er in dieser Lage stets das Bestreben hat, sich rückwärts zu schieben. **Tillmanns** (Leipzig).

Thurn (Mainz). Ueber das varicöse Geschwür.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1874. Hft. 2. p. 67—84.)

Als varicöses Geschwür bezeichnet Verf. sowohl die aus Phlebectasieen hervorgegangenen Ulcerationen der Haut und der Schleimhäute, als

auch Geschwüre, welche als solche erst Phlebectasie nach sich ziehen. Je nach dem Standort zeigt das varicöse Geschwür grosse Verschiedenheiten der äusseren Erscheinung, welche in dem functionellen und anatomischen Unterschied der betroffenen Stelle begründet sind. So erscheint es an der Vorderseite des Unterschenkels, besonders des untern Drittels, seinem Lieblingssitze, im Anfange bei noch verschiebbarer Haut in der Richtung der Beinaxe längsoval, später unregelmässig; bei degenerirter Haut kann es ringförmig um den Unterschenkel herumgreifen. An der Wade zeigen die Geschwüre beinahe durchgängig eine geringe Ausdehnung, sind oft mehrfach vorhanden, selten zusammenfliessend und werden manchmal tief und sinuös. Am Penis bietet das varicöse, nicht specifische Geschwür — für welches einige Beispiele angeführt werden — ähnliche Verschiedenheiten dar: meist oberflächlich an der inneren Lamelle der Vorhaut, etwas tiefer greifend in der Nähe des Bändchens und fast immer einige Linien tief an der glans penis. Die Geschwüre des Scrotum endlich sind flach, der Richtung der Hautfurchung entsprechend queroval und finden sich fast immer in Verbindung mit Eczem. Die bekannten typischen Geschwürsformen, wie das callöse, atonische, hämorrhagische, sinuöse oder phagedänische Geschwür werden als »mehr zufällige Eigenthümlichkeiten der Geschwüre« auch beim varicösen Ulcus beobachtet.

Nach Besprechung der ätiologischen Momente, der Pathogenese und der consecutiven Gewebsstörungen wird der Behandlung ein besonderes Capitel gewidmet mit Erwähnung der zahlreichen gangbaren Curmethoden. Verf. wendet sich besonders gegen den plan- und indicationslosen Schematismus in der Geschwürstherapie und empfiehlt, auch hier immer zu individualisiren und mit der Localbehandlung eine weitere, gegen die Grundursache des Leidens gerichtete Behandlung zu verbinden. Als nachhaltig wirksam wird gerühmt die Erzielung narbiger Schrumpfung durch kreuzweise Scarificationen über die ganze Geschwürsfläche (event. auch gekreuzte Schröpfköpfe), mit nachfolgendem Druckverband durch die Baynton'sche Pflaster-Einwicklung. Statt der letzteren hat Verf. mit Erfolg auch den »Leimverband« angewandt. Buchtige, sinuöse Geschwüre erfordern die Abtragung der Ränder nach verschiedenen Methoden, oder die Auslöffelung, oder auch die Umschneidung nach v. Nussbaum. Die übrigen Angaben über verschiedene Verfahren, insbesondere die Ergotin-Injectionen, verticale Suspension, Transplantation u. A., enthalten nur Bekanntes.

Arn. Hiller (Minden).

Cézard. Mémoire sur le traitement des maladies charbonneuses de l'homme et des animaux par une méthode antivirulente. Bericht darüber an die Pariser Academie von Bouley.

(Comptes rendus. T. 79. p. 212.)

Die Veranlassung zu den Untersuchungen des Verf. über die Therapie der Milzbrandinfection gab ein glücklich mit Heilung abgelaufener

Fall, bei welchem C. in die hochgradig ödematösen Augenlider eines beim Bearbeiten milzbrandiger Häute inficirten Gerbers, in Erinnerung der Beobachtungen Davaine's über die antiseptische Wirkung sehr verdünnter Jodlösungen, mit bestem Erfolge, obwohl das Allgemeinbefinden des Pat. schon ein sehr schlechtes war, subcutan eine 0,2% Jodlösung injicirte. C. hatte sich statt der von Davaine empfohlenen 0,04% Jodlösung zu der fünfmal stärkeren entschlossen, nachdem er die absolute Unschädlichkeit letzterer an sich selbst erprobt hatte.

Die Grundsätze, die C. entsprechend seiner Studien für die Behandlung der Pustula maligna aufstellt, sind kurz folgende: Zunächst betont er die Wichtigkeit der direct antivirulenten Behandlung. Nach ihm ist Jod sowohl innerlich, als subcutan oder direct in das Blut eingespritzt, das beste Mittel bei Milzbrandinfection. Am besten verbindet man 1 Theil Jod mit 2 Th. Jodkali und hiervon kann man Lösungen von 1 : 1000—2000 als Getränk (pro die zu mindestens 1 Liter) mit grossem Vortheil geben. Ausserdem mache man subcutane Injectionen von 10—20 gtt. einer 0,2% Jodlösung, deren Wiederholung sich je nach der Schwere des Falles richten wird. In sehr schweren, verzweifelten Fällen soll man nach seinen Versuchen kein Bedenken tragen, 10, selbst 20 grm. einer 1% Jodlösung direct ins Blut zu injiciren. Die Behandlung der Pustula maligna mittelst Cauterisationen hält er (allerdings ohne recht stichhaltige Gründe, Ref.) für irrationell und spricht ihr jeden Werth geradezu ab, besonders aber gilt dies für die Aetzung mit Sublimat. Dagegen legt er grossen Werth auf die locale Behandlung sowohl des Milzbrandkarbunkels, als des malignen Milzbrandödems. Die locale Behandlung besteht in subcutanen Injectionen einer 0,2% Jodlösung und im Auflegen von mit 1% Jodlösung getränkten Compressen. Ist bereits ein Schorf vorhanden, so excidire man ihn, um die locale Einwirkung des Jods zu erleichtern. Innerlich sind Stimulantien und Roborantien zu reichen. Ausserdem dürfte es sich nach C. empfehlen, verdünnte Jodlösungen im Krankenzimmer verdunsten zu lassen.

J. Munk (Strassburg i/E.).

R. Volkmann. Ueber Osteoklase und Osteotomie.

(Correspondenzblatt d. ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1874. No. 14. p. 2.)

V. nahm die Osteoklase in den letzten 7 Jahren einige 50 Mal vor und sah hierbei nur einen Todesfall. Die grössere Anzahl der Operationen betraf rhachitisch verkrümmte Unterschenkel bei Kindern zwischen $2^1/_4$ und $4^1/_2$ Jahren. Bei älteren Personen war die Operation nicht mehr möglich, 7 Mal wurden fracturirte und fehlerhaft geheilte Vorderarmknochen gebrochen.

Nach seinen Osteotomieen verlor V. keinen Patienten. Ueber die Osteotomia subtrochanterica vergl. die ausführlichere Mittheilung im Centralblatt f. Chirurgie 1874, No. 1. **Madelung** (Bonn).

M. Wuillot. Considérarations générales sur les pansements et les bandages, suivies de trois observations de luxations guéries par la simple réduction sans appareils.

(Archives médicales belges 1874. No. 6.)

Die im Titel angekündigten, allgemeinen Betrachtungen beschränken sich darauf, die grosse Vereinfachung der neueren Verbände gegenüber der früheren Zeit zu rühmen und bei der Wundbehandlung den Occlussivverbänden das Wort zu reden. Dieselbe Vereinfachung soll sich auch auf die Nachbehandlung von Luxationen übertragen. Statt die afficirten Gelenke zu immobilisiren, empfiehlt W. das Verfahren Sédillot's, welcher rieth, die Extremität einfach so zu lagern, dass ein erneutes Ausweichen der Gelenkenden unmöglich würde, und frühzeitig passive Bewegungen auszuführen. W. hat dieses Verfahren in 3 Fällen von Luxation des Ellenbogens, der Schulter und einer luxatio humeri subcoracoïdea ausgeführt, mit der Modification jedoch, dass in zweien der Fälle überhaupt nicht verbunden oder gelagert wurde, sondern die Patienten einfach ihrem Schicksal überlassen blieben. Es erfolgte Heilung in kurzer Zeit. Verf. rühmt dies Verfahren als rationell und »wirklich praktisch«. **Arn. Hiller** (Minden).

Ludwig Bandl. Ein Fall von Graviditas extrauterina mit Bersten des Eies in einer frühen Zeit der Schwangerschaft und Fortentwicklung des Embryo in der Bauchhöhle bis zur Reife.

(Klinik von v. Braun-Fernwald in Wien. Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 32.)

Verf. erwähnt, dass nur ein von Walter beschriebener Fall ihm bekannt sei, welcher mit vorliegendem Aehnlichkeit habe, dass Extrauterinschwangerschaft meist mit Bersten des Eies ende, meist zum Tod der Mutter und Frucht, bisweilen zu Abscessbildung und Elimination des Fötus, selten zur Bildung eines Lithopädions führe. Das Bersten des Eies finde bei interstitieller, Tubar- und Ovarialschwangerschaft im 3.—4. Monat, bei abdominaler oft erst gegen Ende derselben statt. Der Fötus sterbe dabei fast stets ab. Der vorliegende Fall betraf eine 35jährige Drittgebärende; sie war nur die zwei ersten Monate während ihrer Schwangerschaft gesund, später stets leidend. Schmerzen im Bauch und starke Abmagerung. Der Leib war durch eine auffällige Querfurche in eine obere und untere Partie getheilt. In erstrer war der Fötus, ein querliegendes, lebendes Kind nachweisbar, in der unteren nicht; Fluctuation liess eine Ovarialcyste vermuthen. Orificium uteri hochstehend, liess Finger einführen, uterus leer, keine Kindestheile zu touchiren. Sonde drang leicht in den links liegenden leeren Uterus und konnte 9 Zoll weit

vorgeführt werden, so dass das Köpfchen unter den dünnen Bauchdecken in der Nabelgegend zu fühlen war. Wie die spätere Obduction ergab, war eine Perforation gemacht worden, die aber fast keine Reaction zur Folge hatte. Da die Frau die proponirte Laparotomie verweigerte, überliess man den Fall dem weiteren Verlauf, der tödtlich war. 5 Minuten nach dem Tode machte Vf. die Laparotomie und extrahirte ein kräftiges Kind, das aber kurz darauf starb. Die Obduction zeigte den Raum, in welchem der foetus lange gelebt und dessen Wandungen durch 2—3 Linien dicke, pseudomembranöse Auflagerungen gebildet wurden, welche die vordere, seitliche und hintere innere Bauchwand bedeckten, in Platten und Strängen die Dünndärme, das Colon ascendens und descendens verbindend. Die untere Wand wurde von einer Geschwulst und den verklebten Beckenorganen gebildet. Der Uterus lag links, war 5 Zoll lang, rechts perforirt. Das linke Ovarium von normaler Grösse, das rechte halb so gross, mit der Tuba an eine Geschwulst gelöthet, die durch dichte Pseudomembranen mit ihrer Umgebung verwachsen war und die Placenta enthielt. Viele Gefässe aus der Hypogastrica verliefen zu der Geschwulst. Die Eihäute liessen noch zwei Schichten erkennen.

v. Mosengeil (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Thom. Browne. A case of sudden death from embolism in the inferior Vena cava, in connexion with varicous veins of the leg.

(The Lancet 1874. Vol. I. No. 26. p. 901.)

Ein 51jähr. Mann, der wegen zahlreicher Varicen am rechten Bein einen Gummistrumpf trug, musste 10 Tage lang wegen eingetretener Schwellung der Varicen das Bett hüten. Hierauf wurde er als geheilt aus dem Hospital entlassen. Doch schon auf dem Heimwege bekam er einen Schüttelfrost, mit heftiger Dyspnoe. Der Puls wurde aussetzend, es gesellte sich starke Cyanose, Stuhlzwang und Erbrechen hinzu. ¾ Stunde nach seiner Entlassung war Pat. todt. — Bei der Section zeigten sich die Varicen am Bein hart und fest. In der V. cava, vom Vorhof bis zur Theilungsstelle in die Vv. iliac. comm. ein zusammenhängender Thrombus, ein ebensolcher in der V. saphena minor. Die beiden Thromben bringt B. in ursächlichen Zusammenhang. **Leisrink** (Hamburg).

Joh. Hain. Beitrag zur Lehre vom Aneurysma traumaticum.

Inaug.-Diss. Marburg 1873.

Entgegen den Ansichten von Boyer, Broca, Bardeleben, Busch, Billroth, Follin, Emmert, Nélaton und Rokitansky und in Uebereinstimmung mit Roser und Amussat ist Verf. der Meinung, dass die Lehre von einem Bindegewebssack, aus welchem das traumatische Aneurysma bestehen soll, unrichtig sei. Durch diese falsche Lehre sei die Therapie bisher unnöthig erschwert worden. Das Aneurysma traumaticum stellt vielmehr eine mit dem Finger leicht zu umgehende Fibringeschwulst dar, welche lose in dem Gewebe eingebettet liegt und sich ohne Schwierigkeit von der Arterie abheben lässt, so dass man die Oeffnung in dem verletzten Gefässe bloslegen kann; nicht das benachbarte Bindegewebe, sondern die äussersten Schichten des coagulirten Blutes bilden den eigent-

lichen Sack des Aneurysmas. In den 3 mitgetheilten Fällen ergab sich stets die Richtigkeit dieser Anschauung.

Die Operation des Aneurysma traumaticum besteht in Entfernung der Blutgeschwulst mit nachfolgender doppelter Unterbindung der Arterie ober- und unterhalb der verletzten Stelle. **Tillmanns** (Leipzig).

Jessop. Chloroform-Tod.

(British med. Journal 1874. Aug. 15. p. 141.)

Im allgemeinen Hospitale zu Leeds wurde ein 48jähr., dem Trunke ergebener Mann wegen Abnahme des Mittelfingers im 2. Gelenke chloroformirt, indem man das Chloroform aus einem Tropfglase auf ein Tuch goss. -- Nach Verbrauch von 2 Drachmen 2—3maliges Schnarchen, livides Aussehen, Athmung setzt aus, Puls klein; künstliche Athmung, Galvanisation etc.; nach 20 Minuten definitiver Tod.

Section: Gehirn gesund; Congestivzustand der Lungen; Herz welk, dilatirt; beide Ventrikel enthalten geringe Menge flüssigen Blutes; Klappen normal.

Pilz (Stettin).

Pepper. On the local treatment of pulmonary cavities by injections through the chest-wall.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 124. p. 369.)

Hutchinson. Derselbe Titel.

(Ibid. No. 135. p. 548.)

P. punctirte einem im letzten Stadium befindlichen Phthisiker am 20. Febr. mit der Nadel No. 1 von Dieulafoy's Aspirator eine in der Höhe des 2. r. Intercostalraumes gelegene Caverne, ohne dass Husten oder Blutung entstand. Am 24. extrahirte er mit demselben Apparat aus derselben Caverne einige Tropfen dünnen Eiters und injicirte in dieselbe sofort ein geringes Quantum von Liq. jod. compos. gutt. jj in 1 Drachme Aq. destillat. Geringer Husten und Expectoration von 3 Drachmen Blutes, ohne dass üble Folgen eintraten. Dieselbe Operation am 28. Febr. und 5. März mit dem vorläufigen Erfolge, dass Husten und Dyspnoe geringer, der Auswurf sparsamer sich gestalten. Endresultat nicht angegeben.

In ähnlicher Weise und mit demselben Erfolge wurden noch 2 andere Fälle behandelt. Doch fehlt auch hier das Schlussresultat.

H. giebt historische Notizen über obige Operationen und zeigt, dass Pepper und Mosler im Irrthum sind, wenn sie meinen, dieselben zuerst ausgeführt zu haben. Auf das Detail dieser Ausführungen kann um so eher verzichtet werden' als sehr viel genauere, die Sache berührende Angaben bereits in No. 10, p. 155 des Centralbl. f. Chir. (cf. Berl. klin. Wochenschrift 1874. No. 16) sich finden.

Wilh. Koch (Berlin).

Ludwig Mayer (München). Zur Transfusions-Frage.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 32.)

Verf. kritisirt den heutigen Stand der Transfusions-Frage und bespricht Indication, Operationstechnik und Symptomatologie der verschiedenen Arten der Transfusion. M. warnt mit Recht vor allzu enthusiastischen Hoffnungen, die um so weniger berechtigt seien, als die physiologische Wirkung der Transfusion wissenschaftlich noch allzu wenig erkannt sei. Im Uebrigen nichts Neues.

Tillmanns (Leipzig).

Penetrirende Bauchwunde mit Verletzung des Darms. Genesung.

(British med. Journal 1874. Juni 13. p. 772.)

Der pulslose, collabirte Kranke zeigte 3 Schnittwunden an der linken Bauchseite, davon waren 2 penetrirend; aus der grösseren lag 5 Fuss Darm vor. An letzterem selbst fand sich eine $1^1/_2''$ lange Wunde und dieser correspondirend eine andere von 1" Länge. Darmnath mit dünner Seide; genaue Vereinigung der Fleischwunden; Opium, Brandy. Am 4. Tage peritonitische Erscheinungen, die 3 Tage anhielten, dann gleichmässig fortschreitende Besserung. Bei der Entlassung am 16. Tage bestand eine kleine Bauchhernie. **Pilz** (Stettin).

W. Fergusson. Beobachtungen über Hasenscharte und Wolfsrachen.

(British med. Journal 1874. März 28. u. April 4.)

In diesen Beobachtungen giebt F. p. 437 u. ff. eine Operations-Methode für den gespaltenen Gaumen. 1/4 Zoll jederseits hinten von der Spalte entfernt werden die Weichtheile bis auf den Knochen in einer der Spalt-Länge nachstehenden Grösse, durchschnitten; in derselben Länge wird jederseits durch einen scharfen Meissel der knöcherne Gaumen von hinten nach vorn getrennt und dann zur Mittellinie hingedrängt; nach Anfrischung der Ränder werden die zur Mittellinie hin abgebogenen beiden Theile des Gaumens durch Nähte vereinigt; diese Operation geschieht unter Chloroform. (Vergl. die Vorschläge Dieffenbach's, die Operationen von Bühring und Wutzer und die osteoide Uranoplastik von G. Simon. Ref.)

Die Methode wird durch mehrere nach derselben operirte Fälle illustrirt. Zum Nähen empfiehlt F. die von Brook (London) angegebene, im Original abgebildete Nadel und hebt noch besonders hervor, dass die Blutung bei diesen Operationen eine geringe sei, dass eine ausgiebige Verletzung des weichens Gaumens und dessen Periost nicht stattfinde, dass weiterhin die Heilung der im Gaumen gesetzten Durchtrennung durch feste Narbe der Weichtheile und anscheinend knöcherne Vereinigung des harten Gaumens geschehe. **Pilz** (Stettin).

Dubief. Nasenrachenpolyp nach Ollier's Methode operirt (Ostéotomie latérale et bilatérale du nez). Heilung.

(Lyon méd. 1874. Juli 5. p. 277.)

Ein 25jähr. Mann zeigte einen breitgestielten Nasenrachenpolypen, der in letzterer Zeit bedeutendere Blutungen und Störungen der Athmung verursachte; das Gaumensegel war stark vorgedrängt, die Scheidewand ganz nach links verschoben, das rechte Nasenloch fast obturirt. Um für die Extraction von vorn mehr Raum zu gewinnen, verfährt Ollier in der Regel so: Die äussere Nase d. h. Weichtheile mit Knochen und Knorpel, wird von der Wurzel aus nach unten zu getrennt (Ausdehnung nicht angedeutet, Ref.), dann nach aussen umgeklappt, die Scheidewand zur Seite gedrängt, resp. durch Scheerenschnitte mobilisirt, nöthigenfalls die untere Muschel entfernt. In dem gegebenen Falle liess sich, nach Niederlegung der Nase und Verdrängung der Scheidewand nach links, ein fibröser, 57 grm. schwerer Polyp, obwohl zahlreiche Insertionen am Pharynx und in den Nasenhöhlen bestanden, durch einige energische Tractionen nach vorn ohne erheblichen Blutverlust entfernen. Zurücklegen der äusseren Nase, 7 Suturen. — Fiebererscheinungen 7 Tage lang ohne nachweisbare Organerkrankung. Am 7. Tage Hautwunde geheilt, Knochen noch nicht fest vereinigt. Am 10. Tage Versuch durch laminaria die Scheidewand nach rechts zu drängen. — Entlassung am 22. Tage.

D. plädirt für diese Methode als die einfachste, wenig verletzende im Vergleich zu denen von Huguier, v. Langenbeck, Chassaignac u. A. Er macht besonders darauf aufmerksam, dass Ollier von 18 so Operirten nur 2 Kranke verloren habe; bei dem einen aber war der Polyp schon nach der Schädelbasis hin gewuchert. **Pilz** (Stettin).

Lailler. Auf eine Ratte überimpfter Favus.

(Soc. méd. des hôpitaux. Séance du 12 juin 1874. Mouvement médical 1874. No. 25.)

Von einem Kinde hatte Dron in Lyon den Favuspilz auf die Hinterbacke einer Ratte mit sehr gutem Erfolg übergeimpft. L. sperrte zwei Mäuse mit der Ratte zusammen, die eifrig an dem napfförmigen Favusgrind herumnagten und hoffte eine weitere Uebertragung zu erzielen. Gewöhnlich verläuft der Favus bei den Ratten mit schweren allgemeinen Symptomen. Die obiger med. Gesellschaft vorgeführte befand sich sehr munter. — Bei einer Katze, die früher einmal mit mikroskopisch verificirtem Herpes tonsurans vorgestellt worden, ist Spontanheilung eingetreten. **Lesser** (Berlin).

Starcke. Ueber die Circumcision grosser Geschwüre.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1874. Hft. 7. u. 8.)

Das von v. Nussbaum empfohlene Verfahren der Circumcision chronischer Unterschenkelgeschwüre, in welchem S. einen erheblichen Fortschritt in der Behandlung dieser allgemeinen Krankenhausplage sieht, eignet sich nach Verf.'s Erfahrungen mehr für die tiefen, mit wallartigen Callositäten umgebenen Geschwüre. Die Wirkung der Circumcision beruht einmal auf der Beschränkung der Blutzufuhr und zweitens auf der Entspannung der Geschwürsränder.

Arn. Hiller (Minden).

Lémoine. Cruralhernie, Gangrän nach 18 Stunden. Tod.

(Lyon méd. 1874. Juli 5. p. 291.)

Eine Frau, die stets ein Bruchband getragen hatte, fühlte plötzlich heftigen Schmerz in der Umgegend ihres linken Schenkelbruches; der sogleich gerufene Arzt versuchte vergeblich die Taxis; am Abend Erbrechen; am nächsten Tage erneute vergebliche Taxis. Aufnahme in's Hospital. Gutes Aussehen, Puls gut, zeitweise Erbrechen, die eigrosse Hernie ist wenig empfindlich. 5 Minuten nach einer vorsichtigen Taxis plötzliche Reduction, Nachmittags Unterleibsentzündung, Abends Tod.

Section zeigt frische Peritonitis, an 2 Stellen Gangrän des nicht in seinem ganzen Umfang eingeklemmt gewesenen Darmstückes. **Pilz** (Stettin).

Wagstaffe. Ein Fall von eingeklemmter Leistenhernie mit Vereiterung des Scrotums.

(British med. Journal 1874. April 4. p. 453.)

Ein 42jähr. Mann kam mit einer seit 7 Stunden acut eingeklemmten Leistenhernie in das Thomas-Spital (London); dieselbe, vor 13 Jahren erworben, war seit 3 Jahren nicht mehr reducibel. Taxis unter Chloroform, nach Verabreichung eines warmen Bades, erfolglos. Operation. Im weiteren Verlauf trat Gangrän der ganzen Scrotalhaut ein, mit Blosslegung beider Hoden und Samenstränge. Nach 2 Monaten hatte sich das Scrotum fast ganz neugebildet.

In anderen Fällen von Vereiterung des Scrotums nach Einklemmungen liessen sich als Ursache gewaltsame Taxis, Bright'sche Krankheit oder Erysipel nachweisen; davon hier keine Rede. W. fragt, ob es vielleicht möglich sei, dass von der im Bruchsacke befindlichen, entzündlichen Exsudationsflüssigkeit ein Theil in das Scrotalgewebe transfundirt sei und nun unter Beihülfe der Taxis-Manipulationen und des Zutritts der Luft nach der Eröffnung des Sackes die Entzündung hervorgerufen habe (?). **Pilz** (Stettin).

Léon Gros. De la luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule et de son traitement.

(Bulletin général de thérapeutique 1874. No. 12.)

Verf. beschreibt einen neuen Fall dieser sehr seltenen Verletzung nebst einem anderen, der schon von Jones (Brit. med. Journ. 1874. Jan. 24; cf. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 4) veröffentlicht wurde. In beiden Fällen war die Ursache ein Stoss gegen die Schulter und Schulterblattgegend.

Die Symptome waren Annäherung der Schulter an den Thorax, Unmöglichkeit den Arm zu heben; durch Gesicht und Palpation liess sich eine Dislocation des vorderen Endes nach vorn und des hinteren nach oben und hinten constatiren.

Die Reduction wurde in der Chloroformnarkose mit Leichtigkeit ausgeführt. Der Verband bestand in Fixation des Armes an den Rumpf nach Einlegen eines Achselkissens. — Nach wenigen Wochen war die Heilung vollständig erfolgt.

Girard (Strassburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

D
496

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. Sonnabend, den 31. October. 1874.

Acutorsion in der Continuität der Arterien.

Von

Prof. Dr. W. Heineke in Erlangen.

Allen Praktikern ist es bekannt, wie leicht sich nach der Continuitätsunterbindung grösserer Arterien bei dem Durchschneiden des Fadens Nachblutungen einstellen. Um solche zu verhüten, hat man sich vielfach bestrebt, die Ligatur durch Verfahren zu ersetzen, welche die Durchtrennung der Arterienhäute vermeiden. Unter diesen Verfahren möchte ich die Acutorsion als ziemlich leicht ausführbar und eine grosse Sicherheit gegen Nachblutungen gewährend empfehlen. Zur Ausführung der Acutorsion in der Continuität muss die Arterie mindestens 1 Zoll weit völlig entblösst werden. Die von der Arterie an der entblössten Stelle abgehenden Aeste müssen dicht am Stamm

unterbunden und abgeschnitten werden (grössere Aeste dürften doppelt zu unterbinden und zwischen den Ligaturen zu durchschneiden sein). Darauf durchsticht man die Arterie quer mit einer Nadel, dreht sie mittelst dieser 1 bis $1^1/_2$ Mal um ihre Längsachse und bohrt endlich die Nadelspitze in die die Arterie umgebenden Weichtheile ein. Nun kann man, da die Arterie zu einem soliden Strang aufgedreht ist, die Ligaturen ihrer Aeste abschneiden. Ist auch das peripherische Ende der durchschnittenen Aeste ligirt, so kann man auch noch diese Ligaturen nach Acupressur der betreffenden Gefässenden beseitigen. Bei der Torsion des Stammes mittelst der Nadel muss man selbstverständlich letztere so hin und her schieben, dass das Nadelende unter der ein wenig aufgehobenen Arterie leicht hindurchpassiren kann. Nach 48 Stunden wird die Nadel ausgezogen; die torquirte Arterie bleibt verschlossen, weil die durch die Torsion entstandenen spiraligen Falten der Arterienwand mit einander verklebt und verwachsen sind. Sollte auch einmal der 2tägige Druck der Nadel zur Zerstörung der Arterienwand führen, so würde doch eine Blutung ausbleiben, da die Arterie sich nicht wieder entfaltet. Ich hatte vor Kurzem Gelegenheit, dies Verfahren 2 Mal an der Arteria femoralis zu erproben. Das erste Mal handelte es sich um ein spontan entstandenes Aneurysma popliteum bei einem 63 Jahre alten, sehr heruntergekommenen Mann. Der Fall war wegen ausgebreiteter Arteriensclerose für die Unterbindung besonders ungünstig. Die Femoralis wurde in der Mitte des Schenkels acutorquirt. Der Arterienverschluss führte zur Gangrän des Unterschenkels, und diese 4 Tage nach der Operation zum Tode. Bei der Autopsie fand man die Arterie in etwa $1^1/_2$ Zoll Länge in einen soliden Strang verwandelt und oberhalb und unterhalb desselben thrombosirt. Die Gangrän des Unterschenkels konnte nicht dem Verfahren zur Last gelegt werden, sondern war unzweifelhaft durch die Beschaffenheit des Gefässsystems bedingt. Auch die vor dem operativen Gefässverschluss angewandte permanente Beugung musste nach kurzer Zeit wegen drohenden Brandes aufgegeben werden. Zudem wies die Section auch in der Tibialis postica einen sehr ausgedehnten alten Thrombus nach. — Der 2. Fall betraf ein traumatisches Aneurysma in der Mitte des Oberschenkels bei einem jungen Mann. Da die Geschwulst bereits durchzubrechen drohte, wurde oberhalb und unterhalb des Aneurysma acutorquirt und das Aneurysma geöffnet. Nach längeren Wochen trat Heilung ein.

F. Esmarch. Ueber künstliche Blutleere.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 2.)

E. hat seit seiner vorjährigen Veröffentlichung über künstliche Blutleere Gelegenheit gehabt, in mehr als 200 Fällen seine Methode in Anwendung zu bringen. Von 13 Oberschenkelamputationen ist nur ein Fall tödtlich verlaufen, von 11 Unterschenkelamputationen

starb ebenso nur ein Patient, von 4 am Oberarm Amputirten aber keiner; eine Exarticulatio humeri genas; ein von Anfang an hoffnungsloser Fall von Exarticulatio femoris starb. Von 3 Resectionen des Hüftgelenks, 3 des Kniegelenks, 2 des Ellenbogens starb nur eine Resection der Hüfte an Septikaemie. Dabei ist die Klinik beständig überfüllt, Wundkrankheiten häufig, der Lister'sche Verband wurde bei Amputationen und Resectionen niemals angewendet. E. schreibt diese ungemein günstigen Resultate zum grössten Theil der künstlichen Blutleere zu: geringer Blutverlust, die Möglichkeit, die frische Wunde nicht mit Schwämmen zu berühren, die Vermeidung eines heftigen localen Drucks auf die grossen Gefässstämme sind die Vortheile der Methode. Die von Anderen angegebenen Nachtheile, Lähmungen und Gangrän der Lappen sind vielleicht eine Folge des unnöthig starken Zusammenschnürens des Schlauches.

Als Vortheile hebt E. ferner hervor Anästhesie der Theile, wie sie Stokes beobachtete (bei vielen Versuchen an mir und Anderen habe ich diesen Effect nie gesehen, Ref.), welche man durch Aetherzerstäubung und Eiswasserberieselung sehr schnell vervollständigen kann. Die gründliche Untersuchung kranker Theile, die Erleichterung bei Aufsuchung fremder Körper (Nadeln, Holz-, Glassplitter) und verletzter Arterien, die Ersparung eines Assistenten sind ebenfalls Vortheile der Methode. In Betreff der Technik ist hervorzuheben, dass man statt des Kautschukschlauches auch in vielen Fällen eine gleichmässig comprimirende Binde gebrauchen kann. Bei Operationen am Schultergelenk kann man den unter der Achsel durchgeführten Schlauch durch eine kräftige Faust auf der Clavicula fixiren lassen, oder mit einer Klammer zur Ovariotomie befestigen. Eine Spica humeri zu machen, ist wegen der Compression des Thorax nicht räthlich. Bei Exarticulationen und Resectionen im Hüftgelenke empfiehlt sich die Compression der Aorta in der Nabelgegend; als Pelotte benutze man eine um einen Holzstab gewickelte Binde oder eine gestielte Pelotte, deren Stiel mit einem Schlitz zum Durchführen der Kautschukbinde versehen ist. Um die circuläre Einschnürung des Bauches zu vermeiden, kann man die Bindentouren, wie Brandis, um den Operationstisch gehen lassen, oder um eine breite, an ihren Enden mit Einschnitten versehene Holzschiene, welche man quer unter den Rücken des Pat. legt. Das Glied einige Minuten vor der Operation in die Höhe halten zu lassen, ist ein nicht ausreichender Ersatz für die methodische Einwickelung mit der Gummibinde.

Maas (Breslau).

P. Müller (Würzburg). Das Esmarch'sche Verfahren etc.

(Wiener med. Presse 1874. No. 8.)

Der Verf. macht den vorläufig nur auf theoretisches Raisonnement gegründeten Vorschlag, bei grossen lebensgefährlichen Blutverlusten, wie sie unter Anderem in der geburtshülflichen Praxis (bei

Placenta praevia u. s. w.) vorkommen, statt sofort die Transfusion auszuführen, eine Esmarch'sche Einwicklung aller vier Extremitäten zu machen, um das in denselben vorhandene Blut gegen das Centrum zu treiben und hierdurch einer drohenden Hirnanämie und Herzparalyse vorzubeugen.

(Der Vorschlag ist seitdem meines Wissens ein paar Mal, immer mit sichtlichem Erfolg, ausgeführt worden. Ref.)

Winiwarter (Wien).

C. Hueter. Mittheilungen über globulöse Stase und globulöse Embolie.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 2—4.)

Die »globulöse Stase« und »globulöse Embolie« spielen in des Verf.'s Vorlesungen über allgemeine Chirurgie eine wichtige Rolle bei der Erklärung der traumatischen Fieber.

H. hat nun diese Vorgänge am Frosche experimentell hervorgerufen, und zwar durch Bepinseln der Bauchhaut und der Innenfläche der Oberschenkel mit Ammoniak, Glycerin, Chloroform, Carbolsäure (Lösung von 3%), dann durch niedere und durch hohe Temperatur (—6° und +40°). Die Veränderungen nach Einwirkung dieser Agentien beobachtete H. mit dem Mikroskop (Hartnack Obj. 4 u. 7) bei auffallendem Lichte.

Das deutliche Erröthen der Haut ist bedingt durch Blutstagnation in den erweiterten Gefässen, dabei ist nach H. das Hängenbleiben der in ihrer Form veränderten (sternförmigen) rothen Blutkörperchen an den Gefässwänden das Primäre, die Gefässerweiterung das Secundäre. Dieser, sowie den sonstigen Veränderungen der Gefässwände durch die Einwirkung der genannten Mittel legt H. nur geringe Bedeutung für die Entstehung der Stase bei, als Hauptsache betrachtet er die Veränderungen der rothen Blutkörperchen. Die veränderten Blutkörperchen gelangen wieder in den Kreislauf, verursachen capilläre Embolieen in den verschiedensten Organen, und durch solche im Gehirn Anästhesie.

H. machte ferner an Kaninchen vergleichende Versuche mit Chloroform, mit Aether und mit Alkohol; er glaubt beobachtet zu haben, dass das den Kaninchen ziemlich gefährliche Chloroform die stärksten Formveränderungen an den rothen Blutkörperchen hervorbringe; »die rothen Blutkörperchen der chloroformirten und kurz vorher chloroformirt gewesenen Kaninchen zeigen sehr unregelmässige Formen, wenigstens in der Mehrzahl der Exemplare, allerlei zackige Contouren, oft mit einem oder zwei keulenförmigen Fortsätzen«. Die Aethernarkose bringt dagegen mehr eine Maulbeerform hervor, während in der Alkoholnarkose nur ganz feine und kurze Zäckchen am Rande der Blutkörperchen auftreten. (H. macht die Bemerkung, man lerne durch Uebung die bei Kaninchen nicht seltene zackige Beschaffen-

heit der rothen Blutkörperchen von den erwähnten Störungen zu unterscheiden.)

Auch Curare macht globulöse Stase, wenn es dem Frosche injicirt wird; auf dem Objectträger mit Blut zusammengebracht, löst es die rothen Blutkörperchen auf. Das Chloroform erzeugt auch dann Anästhesie, wenn seine Dämpfe auf einen grösseren Abschnitt der Froschepidermis (z. B. einer ganzen hinteren Extremität) einwirken. Dabei entsteht ein starkes Erythem durch globulöse Stase.

Für ein Analogon hält H. die Erytheme, welche man bei chloroformirten Menschen öfter beobachtet; er hält es auch für möglich, durch endermatische Einwirkung des Chloroform's Menschen zu narkotisiren, doch will er zunächst durch Versuche an Thieren die Unschädlichkeit des Verfahrens erproben.

Die Carbolsäure ist nach H. in der chirurgischen Praxis nur so lange anzuwenden, bis die schützende Decke von Granulationsgewebe vollendet ist, denn so lange nützt sie durch Abhaltung der Entzündungsreize. Späterhin würde sie die Fortschritte der Heilung durch Stase in den Granulationen hemmen. Parenchymatöse Injectionen von Carbolsäure wurden seit H.'s ersten Publicationen über diesen Gegenstand ausser bei Synovitis hyperplastica granulosa, subacuten Drüsenschwellungen, acuter Phlegmone und Erysipelas traumaticum noch bei Myelitis granulosa ossium, Hydrocele, Gummiknoten, Tumoren (namentlich jauchenden Cancroiden) mit Erfolg angewendet.

Gersuny (Wien).

Hubert Sattler. Ueber die sogenannten Cylindrome und deren Stellung im onkologischen System. Mit 5 Tafeln.

Berlin. G. Reimer. 1874.

Verf. giebt eine sehr ausführliche und umfassende Beschreibung von mehreren Tumoren der Orbita, welche zu den sogenannten Cylindromen (Billroth) gehören; er ist in der Lage, über das Wesen und die Entstehung dieser fraglichen Geschwülste interessante Aufschlüsse zu geben.

Die Tumoren zeigten allen einen mehr oder minder ausgesprochenen alveolären Bau, d. h. es fanden sich Zellenmassen in Form von grösseren Herden, von cylindrischen, kolbigen, hier und da verzweigten Strängen, die in einem fibrillären oder myxomatösen Stroma lagen. Die erste Art dieser Zellkörper stellte solide Bildungen dar, welche aus fest an einander gekitteten, platten, protoplasmaarmen Zellen oder zahlreichen Kernen in gemeinsamem Protoplasma bestanden. Die Zellen besassen vorzugsweise einen rundlichen oder ovalen, meist granulirten Kern. Verf. zeigt, dass diese Geschwulstkörper durch zellige Wucherung der Grundsubstanz entstanden waren. Wenn nun diese aus Zellen zusammengekitteten Kolben, Cylinder etc. eine gewisse Entwicklung erreicht, dann zeigte sich an einigen, im Inneren des Geschwulstkörpers, oder auch excentrisch gelegenen Zellen eine

vom Kern ausgehende hyaline Umwandlung, die Verf. als eine besondere, herdweise auftretende Nutritionsanomalie betrachtet. Die Vergrösserung der so entstehenden, einzelnen hyalinen Körper fand theils einfach durch Quellung statt, theils durch Verschmelzung benachbarter, ähnlicher Gebilde. Aber dieses Confluiren hatte seine bestimmten Grenzen, denn auch bei der ausgedehntesten hyalinen Metamorphose fand Verf. niemals, dass ein einziger, grosser hyaliner Körper »die Geschwulstkörper erfüllte«, sondern letztere enthielten immer ein Aggregat hyaliner Gebilde, welche fast ausnahmslos durch eine ein- oder mehrschichtige Zellenlage von einander getrennt waren. Hierdurch bekamen die Geschwülste stellenweise ihr bekanntes drüsenähnliches Aussehen. Der Zusammenhang der Zellen mit den hyalinen Gebilden war im Allgemeinen ein sehr lockerer, so dass die letzteren leicht als Aggregate von Kolben und Kugeln, oder einfache und verzweigte cylindrische oder ampullenartige Stränge zu isoliren waren. Auch die Verbindung der Zellenmassen selbst mit der Grundsubstanz war eine sehr lose; dieselben fielen zuweilen von selbst aus den Gewebsspalten heraus.

Die 2. Art der zelligen Geschwulstkörper war gefässhaltig, sie entstand durch eine zellige Proliferation der Adventitia der Capillaren, Uebergangsgefässe und kleinen Venen, eine Zellwucherung, die eine hervorragende Rolle beim Aufbau der in Rede stehenden Geschwülste spielt. So kam es zur Bildung eines mehr oder minder ausgesprochenen Zellenmantels um die Gefässe herum, es entstanden gefässhaltige Zellenstränge, die verzweigte und anastomosirende Figuren darstellten. Auch diese 2. Art der zelligen Geschwulstkörper verfällt später der hyalinen Metamorphose in ähnlicher Weise, wie es oben beschrieben wurde: es entstehen mächtige hyaline Hüllen um die Gefässe, welche nach aussen und nach der Gefässwand zu meist durch Zellen begrenzt sind. Schliesslich kann auch das Gefässrohr selbst der hyalinen Metamorphose unterliegen. Durch Verschmelzen der hyalin degenerirten, aufgequollenen Gefässwandungen sah Verf. nicht selten das Lumen schwinden, so dass die Gefässe in solide hyaline Stränge umgewandelt wurden (v. Recklinghausen, Birch-Hirschfeld). Eigenthümlich waren gewisse kolbige, bald mehr, bald weniger hyaline Anhänge, die von der Gefässwand ausgingen. Eine genaue Untersuchung zeigte, dass diese Bildungen durch hyaline Umwandlung neugebildeter Gefässschlingen, oder theils solider, theils bis zu einer gewissen Strecke canalisirter Protoplasmasprossen entstanden waren.

Ausser den Orbitalgeschwülsten untersuchte Verf. noch eine Reihe von Speicheldrüsentumoren, die bekanntlich auch Lieblingssitz der Cylindrome sind (Billroth, Virch. Arch. Bd. XVII, p. 361). Unter den Speicheldrüsengeschwülsten fand sich 1 Fibrom, 1 Myxom, 1 Myxochondrom, 1 Myxosarcom, die übrigen waren Mischgeschwülste. Aber in allen diesen verschiedenen Gewebsarten sämmtlicher Tumoren fanden sich ebenfalls theils isolirte, theils zusammenhängende, aus

eng an einander gelagerten Zellen bestehende Stränge und Herde mit oder ohne hyaline Degeneration wechselnden Grades. Besonders interessant erwies sich der 10. Tumor, dessen detaillirte Beschreibung im Original nachzusehen ist (p. 54 etc.).

Was nun die Stellung dieser Geschwülste im onkologischen System anlangt, so betont Verf. zunächst, dass sowohl das klinische Bild, als auch die anatomische Structur streng für die Zusammenhörigkeit der von den verschiedenen Forschern verschieden erklärten und benannten Geschwülste spreche. Klinisch ist besonders wichtig: 1) die Uebereinstimmung des Sitzes wenigstens der typischen Fälle (Orbita, Ober- und Unterkiefergegend, Schädelraum). 2) Ausgesprochene Tendenz zu localen Recidiven ohne Infection der Lymphdrüsen und ohne Schwächung der Körperconstitution. Nur einmal ist Infection der Lymphdrüsen beobachtet worden (Tomasi) und nur in 2 Fällen kamen Metastasen vor, jedoch mit Umgehung der Lymphdrüsen (Friedreich, Förster). 3) Alle typischen Fälle waren namentlich in ihrem späteren Verlauf sehr schmerzhaft. — Durch diese eclatante Neigung zu localen Recidiven bei Intactbleiben der Lymphdrüsen, bei sonst kräftigem Gesundheitszustand, sowie infolge des langsamen Verlaufs und des seltenen Vorkommens von Metastasen, welche die Lymphdrüsen überspringen, sieht Verf. die fraglichen Geschwülste »den Sarcomen näher gerückt, als den Carcinomen«.

Aber auch der gemeinsame anatomische Charakter der Geschwülste spricht dafür, dass sie nicht den Carcinomen einzureihen sind. Zwar findet sich bei allen ein mehr oder minder exquisit alveolärer Bau, aber die Zellen entbehren des epithelialen Charakters. Somit unterscheiden sich die fraglichen Geschwülste sowohl durch klinische, als anatomische Merkmale von den echten Carcinomen und Verf. ist deshalb der Ansicht, dass dieselben mit den Psammosarcomen und einigen als Schleimdrüsenkrebse beschriebenen Tumoren zwischen Sarcome und Carcinome zu stellen seien, dass sie den Uebergang zu den typischen Krebsformen in ähnlicher Weise bilden, wie die u. A. von Billroth beschriebenen grosszelligen alveolären Sarcome und die an dieselben sich anschliessenden Geschwülste. Verf. schlägt den Namen Sarcoma carcinomatosum statt der bisherigen Benennung Cylindroma vor, weil letzterer Ausdruck als Bezeichnung für die ganze Geschwulstgruppe zu eng sei und von Gebilden stamme, die nur einen untergeordneten Theil der Neubildung ausmachten. Die plexiformen Angiosarcome (Waldeyer) verweist Verf. ebenfalls hierher.

Auch Ref. beobachtete vor Kurzem ein perivasculäres Sarcom, bei welchem stellenweise dieselben Zellscheiden um die Gefässe auftraten, wie es Verf., Waldeyer (plexiforme Angiosarcome) u. A. beschreiben. Auch Ref. erklärte die Entstehung dieser Zellscheiden durch eine Zellenwucherung der Adventitia. Diese Bilder traten vorzugsweise an den jüngsten Partieen der Geschwulst auf, zum Theil in noch normalem Muskelgewebe, während der grösste Theil des beträchtlichen, von einem 31jährigen Fabrikarbeiter stammenden Tumors ein gewöhnliches Rundzellensarcom war (cf. Arch. der Heilkunde 1873. Bd. XIV, p. 530 etc.).

Tillmanns (Leipzig).

Hugo Schnabel. Ueber das Wesen und die Behandlung des Starrkrampfes.

Inaug.-Diss. Breslau. 1874.

Verf. giebt zuerst eine Zusammenstellung der in der Literatur bekannt gemachten Sectionsbefunde bei Tetanüs und kommt zu dem Schlusse, dass in der Mehrzahl der Fälle zu wenig zwischen ursächlichen und concomitirenden Erscheinungen unterschieden ist. Dagegen ist es für die Natur des Tetanus sehr wichtig, dass unter den positiven Sectionsresultaten sehr häufig Veränderungen im Rückenmark und zwar Entzündung des Rückenmarks oder Hyperämie und Entzündung der Rückenmarkshäute nachgewiesen ist. Da die Symptome des Tetanus ebenfalls für eine derartige Erkrankung sprechen, so steht Sch. nicht an, in den oben erwähnten Krankheiten des Rückenmarks, ebenso wie Jules Gimelle, das Wesen des Tetanus zu suchen. In gleicher Weise bespricht Verf. die verschiedenen Behandlungsweisen, die er nach dem oben Gesagten als rein symptomatische bezeichnet und knüpft hieran die Mittheilung eines Falles, den er selbst beobachtete. Bei einem 26jährigen, kräftigen Manne bildeten sich nach mehrtägigem, leichtem Unwohlsein in ganz kurzer Zeit alle Symptome des heftigsten Tetanus aus. Die Behandlung bestand in Verabreichung grosser Dosen Morphium (0,03) subcutan und Chloral hydrat (2,0) durch Klysmata (da das Schlingen ganz unmöglich war) und in 3stündlich gegebenen warmen Bädern. Die Heilung war bereits am 4. Tage vollständig erfolgt. **Maas** (Breslau).

John Neill. Case of mollities ossium.

(The American Journal of med. sciences 1874. July.)

Ein früher gesunder Mann, in den besten Jahren, hatte seit Monaten an heftigen, oft bohrenden Schmerzen im rechten Oberschenkel und Anschwellung der Knöchelgegend gelitten. Eines Morgens bemerkte er an dem kranken Beine eine auffallende Prominenz, welche in der Nacht entstanden war. Bei der Untersuchung fand Verf. den Oberschenkel in der Mitte beinahe bis zum rechten Winkel gebogen. Die Haut über der Stelle war heiss und roth. Durch die Weichtheile hindurch konnte man deutlich eine Auftreibung des gebogenen Stückes fühlen. Fuss, Knöchelgegend und unterer Theil des Unterschenkels ödematös; das Bein bis auf's Aeusserste abgemagert; der ganze Habitus glich dem eines Phthisikers. In der Folge wurde die sehr darniederliegende Verdauung noch schlechter, profuse Diarrhöen traten ein und Pat. starb an Erschöpfung.

Die Section des Beines ergab:

Periost oberhalb der erkrankten Partieen verdickt, von dunkelrother Farbe. Knochen an der Stelle der Krümmung $1^3/_4$ Zoll dick. Die Anschwellung vermindert sich gleichmässig nach oben und unten

gegen die Epiphysen hin. Mit einem gewöhnlichen breiten Scalpell liess sich ohne besonderen Kraftaufwand ein bis zur Markhöhle reichendes Längsstück herausschneiden. Man sah nun, dass die compacte Substanz an dieser Stelle ganz verloren gegangen war. Ein grobzelliges Gewebe, welches Fett und röthliches Serum enthielt, füllte den Raum zwischen Periost und Mark. Das ausgeschnittene Stück war weich, biegsam, elastisch. Nachdem es ausgewaschen, konnte man deutlich erkennen, dass die Wände der zelligen Räume um so dünner wurden, je näher letztere der Markhöhle lagen. Sie waren fast durchsichtig, knorpelartig weich, aber härter, als entkalkter Knochen. Der Markcanal enthielt eine röthliche, halbflüssige Pulpe, ähnlich der in den grobzelligen Räumen.

An diesen selbst beobachteten Fall reiht Verf. noch 8 andere exquisite an, die er in der amerikanischen Literatur aufgefunden. Aus ihnen resümirt er folgende Charakteristik der Krankheit:

Die Mollities ossium oder Osteomalacie befällt nur erwachsene, früher gesunde Individuen. Die compacten Knochen werden zuerst, die spongiösen später ergriffen. Die Krankheit verläuft unter heftigen, zuweilen marternden Schmerzen. Die Difformität der Knochen tritt plötzlich ein, ist meist winklig und wird entweder durch partielle Fracturen oder durch wirkliches Biegen bedingt. Das Allgemeinbefinden leidet immer in hohem Grade und obgleich der Appetit noch lange bleibt, magern die Patienten erheblich ab. Eine Heilung giebt es nicht; der Tod ist gewiss. Bei der Section findet man die Knochen verdickt, das Periost geschwollen. Der compacte Theil des Knochenschaftes ist in ein zelliges Gewebe verwandelt, welches sich mit dem Messer schneiden lässt. Die erdigen Bestandtheile sind resorbirt und die spongiösen Räume enthalten Fett und Serum. Die Knochen werden je nach dem Grade der Entkalkung flexibel.

Lossen (Heidelberg).

Lammbluttransfusionen aus Amerika.

(Wiener allgem. med. Zeitung 1874. No. 29.)

Einer brieflichen Mittheilung von Dr. Carl Proegler aus Addison zufolge, hat derselbe in 4 Fällen die directe Lammbluttransfusion nach der Hasse'schen Vorschrift ausgeführt. Einem Phthisiker, der sich übrigens bis auf etwas Husten ganz wohl befand, wurden 9 Unzen, zwei anderen Kranken in einem vorgerückteren Stadium der Lungenphthise je 11 und 10 Unzen Blut injicirt. Bei einem anämischen, schwangeren Weibe, das zu wiederholten Malen abortirt hatte, stieg man bis auf 22 Unzen. Zu bemerken ist, dass die Bestimmung der Quantität des transfundirten Blutes nach der Hasse'schen Methode geschah (Messen der Zeit, während welcher das Blut überströmte — darauf Bestimmung der Blutmenge, welche das schon blutärmere Thier in einer gleichen Zeit aus derselben Wunde verlor), also völlig ungenau ist. Der Verf. betrachtet die Resultate seiner

Operationen als sehr günstige; es ist jedoch über dieselben nichts Näheres mitgetheilt, als dass keiner der Fälle in Folge der Transfusion lethal endigte. **Winiwarter** (Wien).

J. Colomialti. Di un papilloma infettante della pia madre cerebrale.

(Giorn. della R. Accademia di Medic. di Torino 1874. No. 4.)

C. fand in der Leiche eines 55 J. alten Mannes eigenthümliche Geschwulstknoten in den verschiedensten Organen. Vier davon waren im Hirn, einer in der 4. rechten Hirnwindung, haselnussgross, von der Cerebralfläche der Pia in die Hirnsubstanz eindringend, ein 2. im 3. Ventrikel, der Choroidea anhaftend, ein 3. im Thalamus opt. sin., ein 4. im Markstrange, welcher links den Calamus scriptorius begrenzt. Andere Knoten fanden sich in den Halsdrüsen, Lungen, Rippen, im Schlüsselbein, in der Leber und im Pancreas. Die Tumoren hatten sämmtlich auf dem Durchschnitt ein poröses Aussehen. Die mikroskopische Untersuchung wies für alle dieselbe Structur nach, nämlich vielfach verzweigte Papillen, welche mit schön ausgebildetem (meist einfachem) Cylinderepithel überkleidet waren. Der Papillenkörper selbst war schmächtig, enthielt nebst den Gefässen spärliches Bindegewebe und spindelförmige Zellen. Dieselben Cylinderzellen, welche die Papillen überkleideten, fanden sich auch in den Blutcoagulis der Vena Galeni, sowie der grösseren Hals- und Brustvenen.

C. gelangt am Ende seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen:

1) Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein multiples Papillom der Pia, welches in die Hirnsubstanz und das verlängerte Mark eindrang, mit theilweiser Zerstörung der entsprechenden Nervensubstanz und mit Bildung secundärer Knoten in den oben genannten Organen.

2) Die Zellen epithelialer Natur, welche die Papillen überkleiden, sind das wesentliche Element der Neubildung.

3) Diese Neubildung will streng geschieden sein von den bisher einfach als Papillome angeführten Tumoren; C. nennt sie deshalb inficirendes Papillom. **Menzel** (Triest).

Grosoli. Bemerkungen über gewisse unangenehme Folgen und insbesondere über Blutungen nach Tonsillenexcisionen.

(Lo Sperimentale. 1874.)

Wichtiger als die Bemerkungen ist der Fall selbst, welcher dazu Veranlassung bot. Prof. Spediacie aus Siena wollte einem 25jähr. Manne die stark hypertrophische Tonsille mit dem Fahnenstock'schen Instrumente exstirpiren. Doch verfing sich der Haken des Tonsillotoms so in die Schleimhaut des Vorderarms, dass er weder die Ton-

sille, noch das Tonsillotom herausziehen konnte. Er musste mit dem geknöpften Messer die Tonsille abschneiden. Es trat ziemliche Blutung ein, die sich aber nach 1 Stunde gemässigt hatte, so dass S. den Kranken verliess. Er wurde jedoch bald wieder zurückgeholt und fand die Blutung recht stark und den Kranken unter gefährlichen Anämieerscheinungen. S. comprimirte sofort mit einer Hand die Carotis gegen den 6. Halswirbel, nahm einen Tampon mit Liquor ferri und drückte ihn mit der andern Hand gegen die Wundhöhle fest. Fünfzehn Stunden lang wurde diese doppelte Compression theils durch S. selbst, theils durch andere Collegen fortgesetzt. Endlich stand die Blutung, der Pat. war in 12 Tagen geheilt. S. hat nun ein eigenes Instrument erfunden, um in solchen Fällen die Compression auszuüben.

Menzel (Triest).

Anm. Ich selbst habe 2 Mal nach Tonsillenexstirpationen sehr heftige Blutungen erlebt, zufällig beide Mal bei Studenten der Medicin, meinen Zuhörern. Die Operation war jedesmal mit dem Fahnenstock'schen Instrument ausgeführt worden. Beide Patienten hatten an oft recidivirenden Anginen gelitten, dem einen war schon einmal von einem wenig geübten Operateur ein kleines Stück von der Tonsille mit dem Messer abgeschnitten worden. Beide Mandeln zeichneten sich durch ihr sehr festes, fast fibröses Gewebe aus, welches von starken, beinahe sehnig glänzenden Bindegewebszügen durchwachsen war. Die gleich anfangs ungewöhnlich starke Blutung stand zuerst auf Gurgelungen mit kaltem Wasser ziemlich bald, kehrte aber nach kurzer Zeit um so heftiger zurück. Vergeblich wurden Eiswasser und Eisstücken, Gurgelungen mit verdünnten Stypticis, Andrücken von Tampons mit Liquor ferri u. s. w. versucht. Erstere Mittel blieben ganz nutzlos und das Einführen des Fingers erregte einen so unwiderstehlichen Brechreiz, dass es mehr schadete, als nützte. Unaufhaltsam quoll das Blut aus dem Munde heraus, oder wurde verschluckt und dann in grossen Massen durch Erbrechen entleert. Bei dem ersten der beiden Kranken sollte schon das Glüheisen in Anwendung gezogen werden, als noch ein Versuch gemacht wurde, durch die Application einer Eiscravatte bei aufrechtem Sitzen (der sehr erschöpfte Patient hatte bei den früheren Manipulationen gelegen) der Blutung Herr zu werden. Sofort trat eine Ohnmacht ein, die Blutung stand und kehrte nicht wieder. Diese Erfahrung benutzte ich bei dem 2. Patienten. Obwohl derselbe noch nicht entfernt so viel Blut verloren hatte, als der erste, trat doch auch hier die Ohnmacht sehr rasch ein und genügte, die Blutung auf die Dauer zu stillen. Während jener die Folgen des Blutverlustes nur langsam überwand, konnte der 2. Kranke schon am nächsten Tage seinen gewohnten Beschäftigungen nachgehen.

Die Ursache der andauernden Blutung möchte ich in der oben erwähnten fast fibrösen Degeneration des Tonsillengewebes suchen, in Folge deren die Lumina der Gefässe klaffend erhalten und diese verhindert werden, sich in ihre Scheiden zurückzuziehen. Der Einfluss analoger Texturverhältnisse auf die spontane Blutstillung ist ja von anderen pathologischen Zuständen her bekannt genug.

M. Schede.

T. Vanzetti. Della uncipressione.

(R. Istituto veneto di scienze lettere ed arti, adunanza del 14. Giugno 1874.)

Es ist allgemein bekannt, wie hartnäckig Blutungen aus Handarterien, insbesondere nach Stichwunden, sein können. Als souveränes Mittel gegen dieselben ist die Unterbindung der blutenden Gefässe in loco anzusehen. Diese ist aber, bei der Tiefe, um die es sich ge-

wöhnlich handelt, leichter angerathen, als ausgeführt. Ausserdem wurde in vielen Fällen mit Erfolg die Digitalcompression, die verticale Suspension, die Bindencompression, die forcirte Flexion angewandt. Oft genug musste man aber zu der Unterbindung der höher gelegenen Stämme, art. radialis, ulnaris, brachialis seine Zuflucht nehmen und V. selbst citirt einige derartige Fälle. V. giebt nun ein ganz einfaches Mittel an, durch welches es ihm gelungen ist, in den drei letzten ihm begegneten Fällen der Blutung mit Leichtigkeit Herr zu werden. Es ist dies die Compression der blutenden Gefässe in der Wunde mit scharfen Haken. Man verfährt hierbei folgendermassen: In die Wunde werden ein oder zwei scharfe einfache oder Doppelhaken eingesenkt und erstere damit nach entgegengesetzten Richtungen auseinandergezogen. Bei richtiger Lage der Haken, wenn nämlich die Arterie durch dieselben comprimirt wird, steht die Blutung vollkommen. Die Haken werden nun durch Fäden, die entweder an dem Lagerungsbrette selbst, oder sonst an einem festen Puncte am oder ausserhalb des Bettes befestigt werden, angespannt erhalten und 24 bis 48 Stunden liegen gelassen.

Am vollkommensten und bequemsten würde der Hakendruck durch einen elastischen Halbring ausgeführt werden können, welcher quer über die gesunde Seite des Gliedes laufend, an dem Haken befestigt wäre. Mit dieser Vorrichtung könnte der Pat. auch umhergehen. Auch könnte man hierzu Doppelhaken verwenden, welche auseinanderfedern, oder durch Schrauben auseinander gesperrt werden können (ähnlich dem Snowden'schen Lidhalter). Doch besteht einer der wesentlichen Vorzüge der Methode darin, dass man gar keiner eigens construirten Apparate bedarf, sondern dass jeder Landarzt ohne Assistenz durch irgendwie improvisirte Haken mit Leichtigkeit die Blutung stillen kann auf eine Art, die gewiss unbedenklicher ist, als die Anwendung der Styptica und der Bindencompression.

Menzel (Triest).

V. Meyer. 4 Fälle von Hernia inguinalis congenita incarcerata.

(Hospitalstidende 1874, No. 8.)

Der Verf. hat in seiner Praxis 4 Fälle der bei Kindern sonst seltenen Hernia inguinalis congenita incarcerata beobachtet. Im ersten Fall war der Patient ein $5^1/_2$jähriges Kind, die Incarceration hatte einen Tag gedauert. Taxis ohne Chloroform wurde versucht, jedoch ohne Erfolg; an dem folgenden Tage trat aber nach Application von Blutegeln und Epithema frigidum eine spontane Reposition ein. Der zweite Fall war dem ersten sehr ähnlich. Der Patient war aber nur zwei Jahr alt und die Incarceration hatte zwei Tage gedauert. Auch hier nach erfolgloser Taxis spontane Reposition bei derselben Behandlung. — Im dritten Fall wurde bei dem 2jährigen Knaben

die Incarceration nach 36 Stunden durch Taxis gehoben. — Der vierte Fall betraf ein 1jähriges Kind mit einer 5tägigen Incarceration. Taxis erfolglos. Am 6. Tage Herniotomie. Heilung.

Paulli (Kopenhagen).

A. Vanderveer. Twenty cases of stricture of the male urethra.

(The American Journal of med. sciences 1874. July.)

Im Anschlusse an einen Bericht über 20 Fälle von Harnröhrenstricturen, welche theils durch graduelle, theils durch forcirte Dilatation, theils durch Urethrotomia interna geheilt wurden, stellt Verf. die folgenden Grundsätze der Behandlung auf:

Die graduelle Dilatation ist, wenn möglich, die einfachste und schonendste Methode. Man benutzt zweckmässiger Weise anfangs elastische Sonden mit Olivenknopf; erst wenn No. 7 oder 8 durchgehen, nehme man Metallsonden. Um den Erfolg der graduellen Dilatation zu sichern, muss sie mit Intervallen jahrelang fortgesetzt werden.

Bei sehr engen Stricturen, welche nur eine Fischbeinsonde passiren lassen, ist in der Pars membranacea die forcirte Dilatation, in der Pars cavernosa die interne Urethrotomie die beste Methode. Es gilt das letztere besonders von den lange bestehenden Stricturen der Pars cavernosa, bei welchen eine allmälige Dilatation zu schmerzhaft sein würde.

Lossen (Heidelberg).

Kleinere Mittheilungen.

Wensley Jennings. Sphacelus of vagina with communications into bladder and rectum etc.

(The Dublin Journal of med. science 1874. August. p. 168.)

Pat., 50 J. alt, consultirte den Verf. wegen der Folgen einer schweren Niederkunft, welche sie vor ca. 20 J. überstanden hatte. Die äussere Untersuchung constatirte eine Inversion der Blase und einen Prolapsus uteri. Beide Organe lagen zwischen den Schenkeln. Die Scheide war in ausgedehntem Maasse zerstört. J. konnte sich anfangs nicht entschliessen, eine Operation vorzunehmen, gab indessen später dem Drängen der Pat. nach und führte an den hinteren 2 Dritteln der Schamlippen die Episiorhaphie aus. Pat. starb am 5. Tage nach der Operation und bot folgenden interessanten Sectionsbefund: das Ileum war vollkommen durchtrennt; beide Enden, von welchen das rechts liegende bis zum Lumen eines Federkieles verengt, das links gelegene von normaler Weite war, mündeten in eine, im kleinen Becken befindliche Cloake, welche vorn mit der Blase, hinten mit dem Rectum, unten mit der Vagina in Verbindung stand. Mit diesen abnormen Communicationen der Beckeneingeweide lebte Pat. 20 Jahre.

Lossen (Heidelberg).

Thomas Savage. Two cases of uterine fibroid. Gastrotomy. Death.

(The Birmingham medical Review 1874. April.)

1) 48jähr. Fräulein; seit 9 Monaten Zunahme des Leibesumfanges, wiederholtes Erbrechen, regelmässige Menstruation. Status kurz vor der Operation: schmerz-

loser, beweglicher, den Nabel überragender, dunkel fluctuirender Tumor. Muttermund offen, Sonde $2^{1}/_{4}$ Zoll, Douglas'scher Raum von deutlich fluctuirendem Tumor ausgefüllt. 4 Zoll langer Schnitt durch die Bauchdecken. 3malige vergebliche Punction der vermeintlichen Ovarialcyste. Hierauf Verlängerung des Schnittes aufwärts bis $1^{1}/_{2}$ Zoll über den Nabel: subseröses Fibroid, breit gestielt der vorderen Uteruswand aufsitzend. (Ausserdem Cyste des linken Ovariums, welche per vaginam punctirt, $^{1}/_{2}$ Liter klarer Flüssigkeit entleert.) Hauptmasse des Fibroidstieles in zwei Klammern eingeschlossen; eine weitere Portion desselben mit Catgut unterbunden und versenkt, eine dritte wegen Abgleitens der Catgutschlinge mit Faden umschnürt, dessen eines Ende aus der Wunde herausgeleitet wird. Trotzdem noch eine, durch Glüheisen und Eisenchlorid gestillte, arterielle Blutung. — 5 tiefe und 6 oberflächliche Hefte. Verlauf anfangs günstig. Nach 60 Stunden Tod durch plötzlichen Collaps (Blutung? Ref.). Section fehlt. Gewicht des Fibroids 20 Pfund. (Warum wurde nicht die Ovarialcyste mit entfernt? Ref.)

2) 29jähr., kräftige Frau, nie schwanger, stets regelmässig menstruirt. Juli 1873: Urinretention; Katheter. Hinter dem vorwärts geneigten Uterus (Sonde $2^{1}/_{2}$ Zoll) ein orangegrosser, harter Tumor. September 1873: Urinbeschwerden anhaltend. Trockene Punction des Tumors, welcher grösser geworden ist und den Uterus nach oben dislocirt hat. Derselbe kann leicht manuell aus dem kleinen Becken nach oben geschoben werden. Im October gelingt diese Reposition nur noch schwer. Schwierigkeit der Urin- und Kothentleerung. Operation: 3 Zoll langer Schnitt durch die Bauchdecken. Subseröses, vom Fundus Uteri ausgegangenes Fibroid. Verlängerung der Incision bis zu 5 Zoll. Application einer Klammer. Drei tiefe und 3 oberflächliche Hefte. Tod an Peritonitis 68 Stunden nach dem Eingriff. Ein Theil des Uterus und des Lig. latum waren mit in die Klammer eingeschlossen.

Rupprecht (Halle).

Boissier. Kyste de l'ovaire; ponction suivie de mort après 54 heures.

(Le progrès médical 1874. No. 37.)

Eine 25jähr. Wäscherin, bei der sich seit 4 Jahren anfangs sehr langsam, zuletzt sehr rapide ein Abdominal-Tumor entwickelte, kam im Mai d. J. in die Behandlung von Broca. Pat. ist heruntergekommen. Der Tumor nimmt die Bauchhöhle vom proc. xiphoid. bis zum Schambein ein, die fossae iliac. und einen grossen Theil des Hypochondrium. Die Gedärme sind in die Höhe, unter die Rippen gedrängt. Der Tumor fluctuirt bis auf einen Theil in der linken foss. iliac. — Punction rechts, am Ort der Wahl. Entleerung von 12 Liter einer klebrigen, chocoladefarbigen, Albumin und Paralbumin enthaltenden Flüssigkeit. Nach Injection von 200 grm. lauwarmen Wassers werden weitere 500 grm. Flüssigkeit entleert. Bald nach der Operation Uebelkeiten, Erbrechen, Schmerzen, Meteorismus. Tod nach 54 Stunden. — Bei der Section entweichen aus dem Sack stinkende Gase. Die Cyste ist an mehreren Stellen mit der vorderen Bauchwand verwachsen, es fehlt das Peritoneum vom proc. xiphoid. bis zum Schambein, ebenso in der ganzen queren Ausdehnung der vorderen Bauchwand. Die ganze Eingeweidemasse unter die Rippen zurückgedrängt. In der Höhe des colon transv. eine durch die Serosa gebildete, von vorn nach hinten gehende Scheidewand. Hier fängt erst das Cavum periton. an. In demselben Spuren einer alten und sehr beschränkten frischen Peritonitis, keine Pseudomembranen. Das Peritoneum ist von der Punctionsstelle wenigstens 20 Cm. entfernt, der Tumor nur hinten und seitlich mit ihm verwachsen. Das linke Ovarium enthält multiloculäre Cysten mit gelatinöser Flüssigkeit, ist 12—15 Cm. lang und sehr dick. Verf. wirft die Fragen auf: woher die Peritonitis? Woher die Zersetzung im Sack? Er meint, der Sauerstoff des mit der Flüssigkeit sich vermischenden Blutes habe die Zersetzung bewirkt.

(In Bezug auf die Zersetzung ist es wohl einfacher an die Injection mit Wasser zu denken, wenn sie auch »mit allen Vorsichtsmassregeln« gemacht ist. Der Sectionsbefund ist sehr unklar und sehr unvollkommen mitgetheilt. Es wäre doch

interessant gewesen, etwas mehr über das Verhalten des Peritoneum besonders zu den Beckeneingeweiden zu erfahren, ferner über den Zusammenhang des Tumors mit dem Ovarium u. s. w. Ref.) **Petersen** (Kiel).

Richerand. Fibrome sous-cutané du cuir chevelu.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 28.)

Der 18jähr. Pat. war vor 8 Jahren durch einen Steinwurf am Hinterhaupte verletzt worden. Nach der Heilung bemerkte man unter der Narbe ein kleines Knötchen, welches allmälig wuchs, aber seit 4 Jahren stationär geblieben war. Der Tumor war hart, unempfindlich, frei verschiebbar, auch mit der Haut nicht verwachsen.

Man exstirpirte den Tumor, der aus einem Knoten von der Grösse einer halben Nuss und aus einem erbsengrossen Knötchen zusammengesetzt war. Beide Knoten bestanden aus festem fibrösem Gewebe, der grössere enthielt nahe der Oberfläche eine kleine Cyste mit röthlichem, serösem Inhalte. Man hatte einen encystirten Fremdkörper erwartet, doch fand man einen solchen nicht.

Gersuny (Wien).

Tillessen. Beiträge zur chirurgischen Osteologie.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

I. Os patellare im Musculus triceps an der Articulatio cubiti.

Das betreffende Ellenbogengelenk ist in allen seinen Theilen normal gebildet, namentlich ist die Form des Olecranon ganz normal, doch befindet sich 9 Mm. oberhalb des letzteren in der Sehne des Triceps ein spongiöses Sesambein von der Form einer Patella, 2,3 Cm. hoch, 3,5 Cm. breit, 1,5 Cm. dick. Dasselbe hat in seinem unteren Abschnitte eine rundliche Gelenkfläche von der Grösse eines □Cm., welche mit der Trochlea articulirt.

II. Os acromiale terminale auf der linken Seite.

Ein selbstständiger Acromialknochen bei einem Erwachsenen, durch ein Halbgelenk mit der Spina scapulae verbunden.

Die genauere Beschreibung und Abbildung dieser, sowie der ersteren Anomalie möge im Original eingesehen werden. **Gersuny** (Wien).

Thomas Morton. On Transfusion of blood.

(The American Journal of med. sciences 1874. July.)

Zur Vornahme der Defibrination des Blutes bei indirecter Transfusion hat Verf. ein Gefäss mit doppelter Wandung angegeben. In den inneren trichterförmigen Raum wird das abgelassene Blut gegossen. Zwischen den beiden Wandungen befindet sich warmes Wasser, dessen Temperatur an einem aussen angebrachten Thermometer abgelesen werden kann. **Lossen** (Heidelberg).

Francis. Experiments on snake-bite.

(Med. tim. and gaz. 1874. Septbr. 5. p. 259.)

F. geht von der Annahme aus, dass das Schlangengift nur eine zeitweilige Aufhebung der Function, keine dauernden tieferen Structurverletzungen setze und mithin der Patient nur über diese Zeit der Giftwirkung hinwegzubringen sei. So sieht er auch in drei beiläufig erwähnten Fällen von Cobrabissen, die unter Ammoniakbehandlung in 12—24 Stunden genasen, nur die vorzügliche Wirkung eines Stimulans.

Die der Curarewirkung ähnliche Beeinträchtigung der Athmung durch indische Schlangenbisse bewog ihn zu Experimenten mit dem hypothetischen Gegengift Strychnin.

1) Ein Affe, Rhesus Innuus, gebissen von Naja Tripudiana, erhält in den folgenden 9 Minuten $^1/_{15}$ Gran Strychnin. 13 Minuten nach dem Bisse Tod unter den gewöhnlichen Erscheinungen der von Schlangen Gebissenen.

2) Gleicher Affe, stirbt 12 Minuten nach dem Bisse nach Injection von $^1/_8$ Gran Strychnin unter den Zeichen der Strychninvergiftung.

Die demnach nothwendige genaue Dosirung wird dem Gebrauche des fraglichen Gegengiftes bedeutend im Wege stehen.

Experimente mit Carbolsäure und Knoblauchinfus an Hunden waren ohne Erfolg.

Ranke (Halle).

Feuvrier (Cettigne). **Deux cas de morsure de serpent venimeux. Injection intra-veineuse d'ammoniaque dans un cas.**

(Gaz. hebdom. 1874. No. 26.)

Ein Knabe von 10 Jahren war von einer Viper in den rechten Thenar gebissen worden; er ging noch einige Schritte weit und fiel dann bewusstlos zusammen. F. sah ihn erst nach 5 Stunden; er lag im Stupor, antwortete leise und mühsam, erbrach; Puls klein, frequent, die Haut kühl und bleich, die Pupillen weit, Bulbi starr, die Lider halb geschlossen, unbeweglich, das Sehen geschwächt, die Hand geschwollen. Die beiden Stiche am Ballen wurden durch einen Schnitt vereinigt, örtlich und innerlich wurde Ammoniak gegeben. Am folgenden Tage war der ganze Arm geschwollen, der Knabe sehr erregt, die rechte Pupille eng, die linke weit — auf dem rechten Auge sah der Pat. gar nicht, auf dem linken wenig. Bis zum Abend dehnte sich die Schwellung über die rechte Thoraxhälfte aus, die Hand wurde bläulich, ihre Epidermis in Blasen abgehoben.

Es wurden in eine Vene des linken Vorderarmes 7 Tropfen Ammoniak mit etwa 20 Tropfen Wasser verdünnt, mittelst der Pravaz'schen Spritze auf einmal injicirt. Während der Injection klagte der Kranke über Schmerz im Verlaufe der Vene, der aber bald vorüberging. Die folgende Nacht war sehr schlecht, die Eltern hielten das Kind für sterbend. — Am Morgen war jedoch der Allgemeinzustand besser, der Knabe interessirte sich für seine Umgebung, beantwortete an ihn gestellte Fragen recht gut, bewegte die Augen, sah besser. Die Schwellung des Armes noch sehr stark, doch weicher. Die Ammoniakinjection hatte keine localen Folgeerscheinungen.

Die Besserung schritt allmälig fort, die Schwellung nahm ab und nachdem die Epidermis der Hand sich in grossen Fetzen abgelöst und die Haut in der nächsten Umgebung der Verletzung sich gangränös abgestossen hatte, kehrte der Knabe in sein Heimathsdorf zurück. Die Besserung trat erst 12 Stunden nach der Ammoniakinjection ein, doch ist Verf. geneigt, der letzteren trotzdem einen Theil daran zuzuschreiben.

In dem 2. Falle war ein Kind von 12 Jahren in den Handrücken gebissen; gleich danach wurde ein Band fest um den Vorderarm geschnürt und F. sah das Kind etwa 10 Minuten später. Er scarificirte die Bissstellen und setzte einen Schröpfkopf darauf, wodurch etwa 50 grm. Blut herausgesogen wurden, das gleich zu einem fast tintenschwarzen Coagulum stockte.

Dann wurden die Wunden mit dem Glüheisen cauterisirt, das Band vom Vorderarme abgenommen und kalte Compressen auf die Hand gelegt. In den nächsten 2 Tagen schwoll die Extremität und auch die betreffende Thoraxhälfte mässig an, auf dem Handrücken bildeten sich Blasen, das Allgemeinbefinden jedoch wurde nur in sehr geringem Grade gestört.

Vom 3. Tage an nahmen die localen Störungen allmälig ab.

Gersuny (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. **Sonnabend, den 7. November.** **1874.**

Ed. Lang (Innsbruck). Zur Casuistik der Arterienunterbindungen in der Continuität.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 30, 31, 33, 35, 36.)

In den letzten 2 Jahren wurden in Innsbruck an 9 Individuen 11 Ligaturen in der Continuität ausgeführt: 2 Mal Carotis communis, 4 Mal Art. lingualis, 1 Mal Art. subclavia, 2 Mal A. iliaca ext., 1 Mal A. cruralis im Trigonum und 1 Mal am Sartorius.

I. Gliosarcom der rechten Tonsille. Osteoplastische Resection des Unterkiefers, Unterbindung der rechten Carotis communis als Voracte — Exstirpation der Geschwulst. Hierauf Tod am 10. Tage. Unmittelbar nach der Ligatur fiel blaue Fleckung der rechten Gesichts- und Schläfegegend, sowie Schwellung der linken A. temporalis auf. Man operirte darauf so trocken, wie an der Leiche. Die Embolie

der Art. fossae Sylvii brachte apoplectiforme Erscheinungen und den Tod.

II. Recidivsarcom der rechtsseitigen Lymphdrüsen des Halses. Exstirpation. Unterbindung der A. carotis commun. während der Operation. Heilung. Das Recidiv des Lymphosarcoms, welches in früheren Zeiten entfernt worden, machte wegen Hämorrhagieen die Exstirpation nöthig; dabei trat eine so starke Blutung ein, dass man schnell die Carotis unterbinden musste.

III. Zungencarcinom. Exstirpation nach vorausgeschickter Ligatur der rechten Zungenarterie. Heilung. — Hierauf Recidiv mit gewöhnlichem Verlauf.

IV. Carcinom der Zunge, des Bodens der Mundhöhle und des Unterkiefers. Unterbindung beider Zungenarterien. Exstirpation. Glottisödem. Tracheotomie. Tod an Septikämie. — Bei diesem Falle ist zu bemerken, dass als Glottisödem die Tracheotomie nöthig machte, der Kehlkopf so tief gesunken war, dass ein bis zum Sternum verlängerter Schnitt gerade noch gestattete, durch Zangen und Haken die Cartilago thyreoidea zu fassen und nach oben zu ziehen.

V. Carcinom der Zunge und des Bodens der Mundhöhle. Präliminäre Unterbindung der einen A. lingualis — Exstirpation des Tumors — Diphtheritis, Pyämie, Tod. Bemerkenswerth eine pyämische Entzündung des einen Sterno-claviculargelenkes, das metastatisch öfter, auf anderem Wege selten erkrankt.

VI. Schlecht geheilter Bruch des Halses des Humerus, Resection des hervorragenden Fragmentendes des unteren Bruchstückes. Blutungen in einem den Oberarm contourirenden Abscess — Continuitätsunterbindung der Subclavia unterhalb des Schlüsselbeines, Heilung. Bei der Unterbindung wurde wegen der Vertiefung des Operationsfeldes reflectirtes Licht benutzt.

VII. Complicirte Fractur des rechten Oberschenkels, Blutung in einem den Oberschenkelknochen contourirenden Abscess. Unterbindung der A. iliaca ext. dextra. Tod an Erschöpfung, 32 Tage nach ausgeführter Ligatur. Bei der Obduction zeigten sich an den Enden der Arterie die Wandungen durch Wucherung der Media um das Doppelte verdickt, ausserdem amyloide Entartung der Leber, Milz und Nieren. Die Fracturstelle des Knochens umgab ein durch Knochenneubildung entstandener Hohlcylinder, innerhalb dessen die Fragmente beweglich erschienen.

VIII. Schwere Verletzung des linken Unterschenkels. Transcondyläre Amputation des Oberschenkels. Ligatur der A. femoralis im Trigonum, der A. iliaca ext. und schliesslich der Aeste der A. femor. in trigono wegen Nachblutungen. Heilung. Der Fall ist besonders für den Vergleich des Werthes der Ligatur arteriae femor. und iliac. ext. interessant.

IX. Totale Nekrose des linken Oberschenkels. Extraction des Sequesters. Unterbindung der A. femor. sin. am Muscul. Sartorius

wegen nicht zu stillender Blutung. Heilung. Die Unterbindung wurde dadurch schwierig, dass die Arterie in schwielig verdicktem Gewebe lag. v. Mosengeil (Bonn).

H. Tillmanns. Statistische Beiträge zur Lehre von den Luxationen.

(Arch. d. Heilkunde 1874. p. 249—289.

Ein auf der Thiersch'schen Klinik beobachteter Fall von complicirter Luxation des unteren Endes der Ulna auf das Dorsum der Handwurzel, wobei zuerst die Resection des aus der Wunde hervorragenden Gelenkendes und nach der Heilung wegen Unbrauchbarkeit der Hand und Finger die Amputation des Unterarms gemacht wurde, veranlasste den Verf., die ihm zugängliche Literatur zu durchmustern, um aus den zerstreut mitgetheilten Fällen ein übersichtliches Krankheitsbild von diesen immerhin seltenen Fällen von Luxation der Ulna in unteren Radio-Ulnargelenke zu gewinnen. Zugleich hatte er aber auch Gelegenheit, eine Anzahl von Fällen von traumatischen Luxationen des Radio-Carpal- und des Carpo-Carpalgelenkes, sowie die Dislocationen einzelner Carpalknochen zu sammeln und ist somit in der Lage, eine eingehende, kritische Schilderung der Pathologie und Therapie fast aller am Hangelenke und in der Umgebung desselben vorkommenden traumatischen Luxationen entwerfen zu können.

Zunächst wird die Subluxation des unteren Endes der Ulna über die Cartilago triangularis besprochen, auf welche besonders Goyrand in neuerer Zeit aufmerksam gemacht hat, welche aber trotzdem oft verkannt und wenig berücksichtigt zu sein scheint. Bei starker Pronation der Hand (besonders bei plötzlichem Heben kleiner Kinder an der Hand) tritt das untere Ende der Ulna stark vor; die Cartilago verschiebt sich in solcher Weise, dass, wenn nun die Pronation verstärkt wird, die schon in normalem Zustande die Cartilago bedeutend überragende Gelenkfläche der Ulna über den Knorpel tritt, und die nun unter einem schnappenden Geräusch eingetretene Subluxation sich dadurch manifestirt, dass die Zurückführung der Hand in Supinationsstellung gehemmt ist. Die Ursache dieser Luxation ist früher fälschlicher Weise oft in das Ellenbogengelenk verlegt worden. Bei längerem Bestehen der Subluxation bildet sich eine auch diagnostisch verwerthbare Geschwulst an der Rückenfläche der Handwurzel. Die Einrichtung dieser Subluxationen gelingt stets leicht; erfolgt sogar oft spontan. Obgleich nun die anatomischen Verhältnisse zu dieser Art von Verschiebung offenbar sehr disponiren, so ist es dem Verf. (ebensowenig wie v. Pitha) doch nicht gelungen, diese Subluxation an Leichen Erwachsener hervorzubringen; Kinderleichen standen ihm allerdings nicht in genügender Zahl zur Disposition. Diese in der deutschen Literatur, wie es scheint, noch gar nicht durch einschlägige Beobachtungen vertretenen Subluxationen sind in der That wohl beachtens-

werth. — Von vollständigen Luxationen im Radio-Ulnargelenke sind 50 gesammelt, von denen 48 zu den unzweifelhaften, wie traumatischen gehören. (16 Fälle von Luxation des unteren Endes der Ulna nach der Vola, 18 Dislocationen nach dem Handrücken und 9 nach Innen; »in 5 Fällen ist die Richtung der Luxation nicht angegeben gewesen«.) Bei den Luxationen nach Vola und Dorsum praevaliren die einfachen Verrenkungen bedeutend vor den complicirten (d. h. gleichzeitige Durchbohrung der Haut oder Radiasfractur oder beides zugleich); während das Umgekehrte bei den Luxationen nach Innen sattfindet. Im Ganzen finden sich 23 einfache Luxationen, also fast die Hälfte sämmtlicher Fälle, was um so interessanter ist, als man die einfachen Dislocationen bisher für äusserst selten gehalten hat (Malgaigne, Dupuytren, Cooper).

Die Entstehungsweise der Luxationen anlangend, so schliesst sich Verf. eng an Malgaigne an. (cf. Original.)

Die Luxationen des unteren Ulnarendes nach dem Handrücken scheinen auch in einfacher Form nicht so selten zu sein (elf Fälle), dagegen sind die einfachen Luxationen nach Innen selten (nur ein Fall, durch forcirte Pronation entstanden), weil sie sich meist mit Hautperforation oder Fractur compliciren; ohne Radiusfractur würde die Luxation auch meist unvollständig bleiben. »Die einfachen Luxationen nach Innen dürften aber deshalb so selten sein, weil sie wahrscheinlich durch die secundäre Bewegung in Luxationen nach dem Handrücken oder nach der Vola umgewandelt werden«.

Indem Verf. in Bezug auf die Symptomatologie auf Malgaigne verweist, berührt er noch die verschiedenen Repositionsmethoden und spricht sich ebenfalls dafür aus, vor allen Dingen directen Druck und Radialflexion in Anwendung zu ziehen. Das genüge in den meisten Fällen; es könne ferner »bei Luxationen nach dem Handrücken die Supination, bei jenen nach der Vola die Pronation unter Umständen zweckdienlich sein«. (Wohl auch umgekehrt? Ref.)

Was den schliesslichen Ausgang anbetrifft, so trat in den einfachen Fällen und auch bei einigen complicirten vollständige Heilung ein; bei den übrigen complicirten Fällen musste mehrere Male amputirt werden, ferner wurde das Ulnarende resecirt oder auch in einem Falle die Resection beider Vorderarmknochen mit Erfolg gemacht. Drei Mal trat der Tod ein und zwar in Folge von Tetanus, Gangrän und Amputation. (Folgen 48 Krankengeschichten.)

Verf. berichtet nun über 24 traumatische Verrenkungen der Hand (13 dorsale, 11 volare). In einem Falle war die Dislocation des Carpus von den Vorderarmknochen nur unvollständig, während in 3 Fällen die Luxation nur das Radio-Carpalgelenk betraf, also eine isolirte Dislocation des unteren Endes des Radius vorlag. Hieran werden einige Bemerkungen über die sogenannten Torsionsluxationen geknüpft. Von allen genannten Luxationen waren 14 einfach, d. h. 8 vollkommne traumatische Luxationen der Hand nach

dem Dorsum und 6 volare, alle ohne jede Fractur! — Was die Ausgänge anlangt, so trat in den meisten Fällen nach einfacher Reduction und Schienenverband Heilung ein (auch wenn Fracturen die Luxation complicirten) mit relativer guter Gebrauchsfähigkeit der Hand. Von den dorsalen Luxationen endete ein Fall lethal, in Folge jauchiger Infiltration des Armes; bei den volaren trat in einem Falle der Tod in Folge anderer Verletzungen ein; in einem zweiten, complicirten, musste die Vorderarmamputation gemacht werden (geheilt); in einem dritten trat am 9. Tage der Tod ein und bei der Section fand sich eine in's Gelenk gehende Radiusfractur. Interessant sind noch: ein Sectionsbericht einer frischen Luxation und eines Falles, wo vor 30 Jahren eine Luxation reponirt war und sich doch noch eine Subluxation nach der Vola zeigte.

Endlich bespricht Verf. die traumatischen Luxationen im Carpo-Carpalgelenk der 2. Handwurzelreihe, sowie die Verrenkungen einzelner Handwurzelknochen. Dazu 15 Fälle aus der Literatur; isolirte Luxationen des Os scaphoideum, capitatum, multangulum majus und lunatum sind relativ am häufigsten. Näher erörtet wird die Lux. des Os capitatum, welches wegen der starken Bandmassen der Vola manus, nach letzterer hin sich nicht verschieben kann, wohl aber nach dem Rücken der Hand, wenn auch nur unvollständig, wenigstens in nicht complicirten Fällen. Andrerseits ist es aus anatomischen und mechanischen Gründen der beweglichste Knochen der Handwurzel und kann daher am leichtesten luxiren, was bei Zerreissung gewisser Bandmassen und Befestigungsmittel am vollständigsten geschieht. Diese Luxation entsteht durch directe und indirecte Gewalt. (Seeger, durch Fall auf den vorstehenden Mittelhandknochen des Mittelfingers, wenn die Finger eingeschlagen sind.) Dem Verf. scheint »besonders die forcirte Volarflexion bei Fixirung der ersten Carpalknochenreihe das Köpfchen des Os capitatum gleichsam hebelartig aus seiner Lage zu treiben«. Hüter meint, dass jede gewaltsame Spannung das Os capitatum hervor drücken könne. An Leichen lassen sich die Dislocationen leider nicht künstlich erzeugen.

Weiter werden kurz die sehr einfachen Repositionsmanipulationen erwähnt, die in den meisten Fällen vollständige Heilung zur Folge hatten; während in einem Falle das Os lunatum excidirt werden musste, worauf eine eitrige Handgelenkentzündung die Amputation des Vorderarms nöthig machte. In einem Falle von Luxation mehrerer Carpalknochen waren die Repositionsversuche vergebens und wurde Pat. mit einem stützenden Lederring um das Handgelenk entlassen. Wegen complicirter Luxation wurden das Kahn- und Mondbein je einmal exstirpirt (Fall 4 und 7), in beiden Fällen mit gutem Erfolg. Die beiden Luxationen des Carpo-Carpalgelenkes endigten tödtlich, in einem Falle wahrscheinlich wegen sonstiger schwerer Verletzung, in dem anderen in Folge von Gangrän 18 Tage nach geschehenem Unfall.

A. Bidder (Mannheim).

James R. Chadwick. Transfusion.

(The Boston Med. and Surg. Journal 1874. Vol. XCI. No. 2. p. 25.)

In einem Vortrage vor dem Jahres-Meeting der Massachussetts Medical Society giebt C. eine gedrängte Uebersicht über die Geschichte der Transfusion und schreibt das Verdienst, ihr in neuerer Zeit Anerkennung verschafft zu haben, Oré, Gesellius, Hasse, Aveling, Mac Donnel und Higginson zu. Die Fälle, in denen die Bluttransfusion mit Aussicht auf Erfolg unternommen werden könne, theilt er in 4 Gruppen ein.

I. Transfusion bei Verblutungen, z. B. post partum. Gegenüber anderen Autoren, die in solchen Fällen die Herzschwäche und den schliesslichen Herzstillstand der cerebralen Anämie allein zuschreiben, glaubt C., dass ein physikalisches Gesetz einen wichtigen Factor dabei ausmache: ehe das Herz sich contrahiren könne, müsse es dilatirt werden, es würde aber nicht dilatirt, wenn ihm nicht die hinreichende Quantität Blut zufliesse. Diesen Mangel würde die Injection irgend einer indifferenten Flüssigkeit in die Gefässe ersetzen. Nun existirt aber gleichzeitig das physiologische Bedürfniss der Sauerstoff-Aufnahme und Vertheilung im Organismus und der Kohlensäure-Abgabe, eine Rolle, die den rothen Blutkörperchen zukommt. Die Anwesenheit oder Abwesenheit des Fibrins ist in diesen Fällen von untergeordneter Bedeutung.

II. Als 2. Gruppe bezeichnet C. solche Fälle, in denen, wie bei Cholera, Dysenterie, Anasarka und anderen serösen Ausscheidungen, dem Blute die wässerigen Elemente entzogen werden, während die Blutkörperchen zurückbleiben. Hier würde die Injection irgend einer unschädlichen Flüssigkeit zweckentsprechend sein. Wasser schadet den Blutkörperchen. Salzwasser, das den Blutkörperchen nicht schadet und das sich bei Cholera bewährt haben soll, verträgt sich mit dem Organismus nicht. So lange man daher keine dem Blutserum ähnliche Flüssigkeit künstlich hergestellt habe, müsse man sich an's Blut halten.

III. Als 3. Gruppe werden die Fälle bezeichnet, wo infolge fehlerhafter Verdauung und Assimilation oder Resorption das Blut der ernährenden Elemente entbehre. Hier würde die Bluttransfusion das Nöthige liefern und die Frage, ob mit oder ohne Fibrin sei hier von Wichtigkeit. (Vergl. dagegen Panum, Virch. Archiv Bd. 27. Ref.)

IV. Die 4. Gruppe stellt die Fälle dar, wo durch gestörte Elimination aus dem Blute, oder durch Einführung schädlicher Substanzen in das Blut, wie bei Urämie, Pyämie, Septikämie etc. dasselbe vergiftet würde. Hier würde die Transfusion die Bedeutung haben, gesundes für ungesundes Blut zu substituiren.

A. Burger (London).

M. Bouchut. De la suffocation par végétations de la trachée après la trachéotomie.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 35.)

B. giebt bezüglich der Tracheotomie einige sehr werthvolle casuistische Beiträge. Bekanntlich kommt es in seltenen Fällen vor, dass nach Tracheotomie infolge von Croup die Kanüle Wochen, Monate, ja Jahre liegen bleiben muss, dass jeder Versuch, sie zu entfernen, heftige Suffocationsanfälle hervorruft. Diese Störungen der Respiration hängen nach B. ab von Verengerung der Trachea infolge von Induration der Stimmbänder oder polypenartigen Granulationsgeschwülsten der Trachealschleimhaut, ausgehend von der Operationswunde. Diese das Lumen der Trachea verengenden Granulome kommen auch ohne jede Respirationsstörung vor, wie B. in einem Falle beobachtete. — Bei einem Knaben von 13 Jahren konnte man 6 Jahre nach der Tracheotomie die Kanüle nicht entfernen, ohne dass bei jedem Versuche nicht die heftigsten Erstickungsanfälle eintraten. Das Kind trägt jetzt eine kleine Kanüle von dem Caliber einer Gänsefeder, dieselbe ist durch einen Leinwandbausch verschlossen, so dass das Kind durch den Mund athmet, deutich spricht u. s. w. Die kleine Kanüle dient nur dazu, um eine flottirende Granulationsgeschwulst am unteren Wundwinkel in der Trachea niederzudrücken, während ohne diese Compression die heftigsten Suffocationserscheinungen eintreten. Die Trachea erträgt das Respirationshinderniss von Seiten der Kanüle leichter, als die Störung, welche dieses kleine Granulom hervorruft. 4 Mal hat man vergebens versucht, die Kanüle bei dem Kinde zu entfernen. — Bei einem anderen Kinde musste die Kanüle 3 Monate lang liegen bleiben; nach schliesslicher Entfernung der Kanüle starb das Kind in einem Suffocationsanfalle und die Autopsie ergab ein polypenartiges Granulom der Trachea im unteren Narbenwinkel. Bergeron und Blachez haben ähnliche Fälle beobachtet. Der Fall von Blachez betrifft ein $2^1/_2$jähriges Kind, welches $^1/_2$ Stunde nach Entfernung der Kanüle starb. Die Autopsie ergab eine nur unbedeutende Verengerung des Larynxlumens und eine nur geringe Induration der Stimmbänder. Der Tod des Kindes war durch diese Störungen allein nicht zu erklären, wohl aber dadurch, dass ihre schädlichen Wirkungen in einem eingetretenen Larynxspasmus noch bedeutend gesteigert wurden. Dieser Larynxspasmus war bei dem Kinde durch heftiges Schreien eingetreten. — B. sah einen ähnlichen Fall: ein Arzt cauterisirte bei einem Kinde wegen »speckiger Angina« die Tonsillen mit concentrirter Salzsäure (!). Er hatte zu viel Säure genommen, so dass ein Tropfen davon in den Larynx gerieth und die heftigsten Erstickungsanfälle hervorrief, welche die Tracheotomie nöthig machten. 8 Tage nach der Tracheotomie wird die Kanüle entfernt. 48 Stunden lang geht Alles gut, dann nach Schluss der Operationswunde Erstickungsgefahr; B. macht die 2. Tracheotomie. Die Kanüle musste mehrere Jahre

liegen bleiben, bei jedem Versuche, dieselbe zu entfernen, traten heftige Erstickungsanfälle ein. Später verlor B. das Kind aus den Augen, er zweifelt aber nicht, dass dasselbe die Kanüle, wahrscheinlich infolge narbiger Verengerung des Larynx, stets tragen muss. —

(Aehnliche Fälle von Granulomen der Trachea nach Tracheotomie sind unter Anderen auch von Paris, Rouzier-Joly und Hüter beobachtet worden; cf. C. Hüter, Tracheotomie und Laryngotomie, Handbuch der allg. und spec. Chirurgie von Pitha und Billroth 3. Bd. 1. Abth. 5. Lieferung, p. 72. Auch Ref. sah in einem Falle nach der Tracheotomie polypöse Granulationswucherungen, welche von der Operationswunde aus in das Lumen der Trachea hineinragten. An der hinteren Wand der Luftröhre fand sich ausserdem ein Druckgeschwür, welches ebenfalls von polypösen Wucherungen umgeben war. Cf. ferner Centralbl. f. Chir. p. 511. Ref.) **Tillmanns** (Leipzig).

Th. Sidlo. Eine beachtenswerthe Beobachtung an stenosirenden Stimmbändern nach Tracheotomie, deren Deutung und praktische Verwerthung. Vortrag, gehalten im wissenschaftl. Verein der Militärärzte zu Wien am 28. März 1874.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 34—35.)

Verf. bringt fünf Fälle, bei denen es sich um Stenose der Glottis vera handelt, bedingt durch Intumescens der Stimmbänder. Er fand bei den zuerst behandelten Fällen, dass kurz nach der Tracheotomie ein Klaffen der bis dahin geschlossenen Rima glottidis stattfinde. Dies Phänomen erklärte er durch die Annahme, dass bei Schwellung der Stimmbänder die Glottisöffner (m. crico-arytaenoid. postic.), durch zu starke Anstrengung übermüdet, paretisch würden und eine Prävalenz der Contraction der Antagonisten einträte. Die Prävalenz der Glottisschliesser infolge von Insufficienz der Glottisöffner wird beseitigt, sowie die letzteren sich ausruhen und erholen können. Dies tritt sowohl nach der Tracheotomie ein, als, wie es Verf. in minder dringenden Fällen bewirkt, durch Inhalationen und Injectionen von Morphium. **v. Mosengeil** (Bonn).

W. Woronzoff. Der Heilungsprocess der Luftröhrenwunden nach Tracheotomieen an Thieren.

(Arch. f. Veterinärwissenschaft 1874. Hft. 9, russisch).

Zum Zwecke der bezüglichen Studien wurden an Pferden und Hunden (im Ganzen an 25 Versuchsthieren), nach Durchtrennung der bedeckenden Weichtheile, viereckige Stücke aus der Trachea herausgeschnitten. Die Schnitte erstreckten sich stets auf 2 Luftröhrenringe und hatten bei Hunden die Grösse von $1\frac{1}{2}$, bei Pferden die von $2\frac{1}{2}$ □Cm. An etlichen Thieren wurden die Weichtheile sogleich

durch die Naht geschlossen, an anderen die Trachealwunde durch Kanülen längere Zeit offen gehalten. Zur histologischen Untersuchung wurden die Thiere nach einer Zeitdauer von einem Tage bis zu 3 und 4 Monaten getödtet und die erhaltenen Präparate in Müller'scher Flüssigkeit macerirt. Verf. resumirt die Ergebnisse seiner sehr fleissigen Untersuchungen in folgenden Sätzen:

1) Der Defect der Knorpelwunde füllt sich im Anfange durch neugebildetes Granulationsgewebe aus, das später in Bindegewebe übergeht.

2) In diesem neugebildeten Gewebe erscheinen am Rande der Wunde Knorpelinseln, die sich durch Differenzirung von rundlichen und spindelförmigen Elementen zu Knorpelkörperchen ausbilden, indem sich um letztere durchsichtige hyaline Substanz ablagert.

3) Die neugebildeten Knorpelinseln haben anfangs eine faserige Grundsubstanz, welche später nach Zerfall der Fasern durch hyaline Substanz ersetzt wird.

4) Diese Knorpelinseln fliessen allmälig mit einander zusammen und füllen, indem sie sich mit dem ebenfalls vorrückenden Wundrande vereinigen, schliesslich den ganzen Defect aus.

5) Die vollständige Regeneration der Knorpelsubstanz kommt nach $2^1/_2$ Monaten zu Stande, wenn die Operationswunde unmittelbar nach der Operation geschlossen wurde, und erst nach 4 Monaten, wenn eine Kanüle längere Zeit in derselben gelegen hatte.

6) Hält man die Hautwunde längere Zeit offen, so wird die Regeneration des Knorpels bedeutend verzögert, was in der colossalen Entwicklung von Granulationsgewebe und einer regressiven Metamorphose der Zellen der Knorpelränder im ersten Stadium der Verheilung seinen Grund hat.

7) Die Trachealschleimhaut regenerirt sich ebenfalls aus Granulationsgewebe; der Epithelialbelag kommt durch Proliferation der vorhandenen Randzellen zu Stande; die neuen Schleimdrüsen bilden sich aus dem vorhandenen Epithel durch röhrenförmiges Hineinwachsen desselben in die submucöse Bindegewebsschicht.

Heppner (St. Petersburg).

Jaffé (Darmstadt). Zur Kenntniss der gefässreichen Sarcome.

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1. p. 91—108.)

Ein 25jähriger Seiler trägt auf der Mitte der linken Darmschaufel eine faustgrosse pulsirende und Blasegeräusche erzeugende Geschwulst, welche von Erb als Aneurysma der Glutaea, von Simon als Osteosarcom angesprochen wurde. Nach dreimal wiederholter Electropunctur Versuch einer Exstirpation, die aber wegen starker Blutung unvollständig ausfiel. Die Section ergab: Sarcom des linken Darmbeins, Usur der linken Darmschaufel im ganzen Dickendurchmesser. Metastatische Sarkomknoten in beiden Lungen. Anämie sämmtlicher Organe.

Aus dem mikroskopischen Befund geht hervor, dass es sich um ein ausserordentlich gefässreiches Rundzellensarkom handelt, dessen Ausgangspunct in der Substanz des inneren Periostblattes zu suchen ist, worauf die an dieser Stelle besonders massenhaft angehäuften Granulationszellen, die Verf. als embryonale Sarcomzellen ansieht, hinweisen. Wesentlich die Gefässe haben den neugebildeten Massen Architektonik und Ursprung gegeben. Denn einerseits sind es allein Gefässwände, welche die Geschwulst in Form eines feinen Maschennetzes durchsetzen und derselben einen alveolären Typus verleihen (alveoläres Rundzellensarkom Billroth's), andererseits stehen die Zellenleiber mit der Adventitia, vielleicht mit dem Perithel derselben in so engem Zusammenhange und folgen so genau der Gefässausbreitung, dass sie als von hier ausgegangen betrachtet werden müssen (plexiformes Angiosarcom Waldeyer's). J. glaubt sich berechtigt, die Entstehung aller alveolären Sarcome und gewisser Cylindrome auf eine solche primäre Erkrankung der Gefässe zurückzuführen. Das Balkenwerk derselben stammt nur von Gefässen, die alveoläre Zeichnung von der Vertheilung dieser Gefässe und der aus der Wand derselben sich entwickelnden Zellenneubildungen her.

Das mikroskopische Detail und die aus der Literatur heranzuziehenden ähnlichen Neubildungen s. im Original.

Wilh. Koch (Berlin).

S. Wolfberg (Erlangen). Ueber die Entwicklung des vernarbenden Brustdrüsenkrebses.

(Virch. Archiv Bd. LXI. Hft. 2. p. 241.)

W. tritt in seiner Arbeit mit Entschiedenheit für die Waldeyer'sche Ansicht der Bildung der Carcinome aus dem Epithel ein. Seine Untersuchungen beschränkten sich auf die Skirrhen der Brust. In diesen Neubildungen entsteht die Krebszelle niemals aus einer Spindelzelle, sondern aus dem Drüsenepithelium und zwar ebensowohl aus dem Alveolarepithel, als aus den Cylinderzellen der Drüsenausführungsgänge. Das Bindegewebe der Drüse betheiligt sich am Wachsthum des Tumors in reichen Variationen, dagegen die Endothelien der Lymphgefässe nicht.

Madelung (Bonn).

M. Fehr. Studien über den Bau des Knochens und sein Leben im gesunden und kranken Zustande.

(Arch. f. klinische Chirurgie 1874. Bd. XVII. Hft. 1. p. 19—56.)

Die erste Hälfte des Aufsatzes enthält nur Bekanntes über die Structur des normalen Knochens und höchst hypothetische Versuche, um die Ansicht zu stützen, dass bei entzündlichen Zuständen die strömende Lymphe infolge des entzündlichen Reizes eine die Kalksalze und die Grundsubstanz des Knochens lösende Kraft erhält, aus welcher die

Erweiterung der Havers'schen und Howship'schen Systeme resultiren soll.

Im Weiteren folgen Reflexionen über die Bedingungen des Zustandekommens der Hyperämie der Epiphyse, Diaphyse und des Marks sowie der Knochenblutungen. Ref. findet auch hier wesentlich nur Dialektik, die Thatsachen nicht erklärende Umschreibungen und willkürliche, im Original nachzusehende Annahmen.

Wilh. Koch (Berlin).

Rommelaere. De la déformation des globules rouges du sang.

(Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique 1874.)

Verf. konnte in einer Reihe krankhafter Zustände, bei Ausschluss aller Irrthumsquellen, bemerkenswerthe Formveränderungen der rothen Blutkörperchen constant und vorübergehend beobachten. Am häufigsten waren die Flaschen-, die Birn- und die Retortenformen zu sehen; die rothen Blutkörperchen hatten ihre Neigung, die sog. Geldrollen zu bilden, vollständig verloren. Eine Vermehrung der weissen war nur in sehr geringem Grade vorhanden.

In den beiden Fällen, wo Verf. die Veränderungen constant beobachtete, erkrankten die Patienten mit den Zeichen einer ausserordentlich raschen Abnahme der Kräfte und einer acuten Anämie; bald stellten sich hartnäckige Blutungen aus der Nasen-, Magen- und Darmschleimhaut ein und der Exitus lethalis folgte unter den Erscheinungen der tiefsten Cachexie (?).

Die Section soll ausser dem Befunde im Blute Nichts ergeben haben.

Aehnliche, aber nur vorübergehende Veränderungen liessen sich bei einigen anderen Erkrankungen constatiren, welche mit bedeutender Cachexie verbunden sind, z. B. bei amyloïder Entartung der Leber bei Urämie, Tuberculose und Blasenkrebs.

Girard (Strassburg i/E.).

Motte. De l'action des muscles dans l'étranglement herniaire.

(Bulletin de l'Acad. royale de médecine de Belgique 1874. No. 6.)

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen und Untersuchungen am lebenden Menschen und an Thieren glaubt Verf. folgende Sätze aufstellen zu können: Eine Hernie kann ohne jede Betheiligung der Muskulatur, z. B. des Diaphragma heraustreten. (?)

Die Muskulatur der Bauchwand kann der Reduction einer Hernie ein mehr oder weniger grosses Hinderniss werden und die Einklemmung erhöhen; es ist dies aber nicht sehr häufig und man hat dabei nie mit einem permanenten Contractionszustand zu thun.

Von den verschiedenen empfohlenen Stellungen, in welchen die Muskulatur am meisten erschlaffen soll und die Bruchringe am wei-

testen klaffen, giebt es keine einzige, welche es in allen Fällen sicher bewerkstelligt.

Bei der Taxis soll man daher ohne vorgefasste Meinung verfahren, und wenn die Reduction schwierig erscheint, mit verschiedenen Stellungen probiren. **Girard** (Strassburg i/E.).

Heuse (Elberfeld). Ueber Lidspalt-Erweiterung.

(Correspondenzbl. d. ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1874 No. 14. p. 4.)

H. operirt, um die zur erfolgreichen Lidspalterweiterung besonders nothwendige primäre Verheilung im Scheitel des Wundwinkels zu erzielen, in folgender Weise. Nachdem man den Lidwinkel mit der Scheere gespalten, bis die Lider ordentlich klaffen, präparirt man die Conjunctiva nach oben und unten vom Bulbus bis zur Cornea ab und legt drei dünne Fäden durch Cutis und Conjunctiva, indem man dieselben etwas anzieht. — In der Mitte zwischen Cornea und Wundrand der Conjunctiva soll nun die letztere in verticaler Richtung so weit gespalten werden, dass der äussere Rand des so gebildeten brückenförmigen Schleimhautlappens ohne jede Zerrung mit der Cutis vereinigt werden kann. **Madelung** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Casuistische Mittheilungen über Behandlung von Aneurysmen finden sich bisher in the Lancet 1874 und zwar, wie folgt:

1) **Benfield.** Aneurism of the left popliteal, forcible flexion for six hours. Cure. (l. c. Vol. I, No. 22, p. 764.). Schon vor mehreren Jahren hatte B. denselben Kranken an einem Aneurysma der rechten Poplitea behandelt, und zwar durch 7stündige forcirte Flexion mit vollständigem Erfolg. Jetzt stellte sich Pat. mit einem linksseitigen Aneurysma der Poplitea vor. Auch hier hatte eine während 6 Stunden 5 Minuten ausgeführte forcirte Flexion das schönste Resultat. Am 10. Tage verliess der Kranke das Bett.

2) Bei einem im King's College Hospital (ibid. Vol. II, No. 2, p. 47) behandelten Fall von Aneurysma der Poplitea liess die forcirte Flexion im Stich, doch war nach Ansicht des Reporters die Anwendung nicht energisch genug. Darnach wurde versucht, durch Compression der Art. femoralis mit Signoroni's Tourniquet eine Heilung zu erzielen. Auch dies gelang nicht und so wurde die Femoralis unterbunden. Am 17. Tage fiel die Ligatur ab. Heilung.

3) Auch in einem im Seamen's Hospital (Greenwich) behandelten Fall (l. c. Vol. I, No. 25, p. 872) hat die forcirte Flexion im Hüftgelenk bei einem Aneurysma der Femoralis nichts genutzt. Ueber die Dauer und die Energie der Anwendung findet sich Nichts bemerkt. Compression oberhalb der Geschwulst half nicht und so schritt man zur Unterbindung der Iliaca externa. Ein langes Krankenlager mit lebhaftem Fieber folgte und konnte der Kranke erst nach mehreren Monaten geheilt entlassen werden.

4) **Mc Gill A. Fergusson** (ibid. Vol. II, No. 1, p. 9) hat vermittelst der Electricität ein Aneurysma der Subclavia zu heilen gesucht, doch war

nach 3maliger Sitzung immer noch Pulsation in der Geschwulst, die besonders bei harter Arbeit sich stärker bemerkbar gemacht haben soll. Es wurde dann dem Kranken gerathen, diese harte Arbeit aufzugeben, da so eine völlige Heilung eintreten würde (? Ref.).

5) **John Gray** (l. c. Vol. II, No. 8, p. 269) theilt einen interessanten Fall von Aneurysma des Dorsum linguae mit. Der pulsirende Tumor von der Grösse einer Erbse fand sich 1/3 Zoll von der Zungenspitze entfernt bei einer 54jähr. Frau. Eine kleine zuführende Arterie konnte 1/2 Zoll weit verfolgt werden. Druck auf dieselbe machte den Tumor schwinden. Exstirpation, Blutung durch die Naht gestillt.

Leisrink (Hamburg).

Vix (Metz). Fall von einseitiger Verletzung des verlängerten Markes und seine Folgen, tiefe Störungen der Motilität auf der rechten, der Sensibilität auf der linken Körperhälfte.

(Correspondenzbl. d. ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1874. No. 14. p. 66.)

Ein ca. 20 Jahr alter Mann erhielt mit einem dolchartigen Messer einen Stich zwischen Atlas und Hinterhauptsbein. Aus dem gut beobachteten und mitgetheilten Symptomencomplex nach der Verletzung und während der folgenden fünf Jahre lässt sich vermuthen, dass das Mark schräg von hinten und links nach vorne und rechts durchbohrt wurde mit vorzugsweiser Durchschneidung der hinteren linken Stränge und der schräg gegenüberliegenden Vorderstränge.

Madelung (Bonn).

Farrington (Bellevue Hospital, New York). Dislocation of the sixth cervical vertebra.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 114.)

Die Ueberschrift genügt, den nichts Besonderes bietenden Inhalt anzudeuten. Nur sei erwähnt, dass der 6. Halswirbel vor dem 7. stand, dass die Cartilago intervertebralis, das Lig. longitudinale anterius und die lig. flava beiderseits zerrissen waren und dass die abgebrochenen Gelenkfortsätze ebenfalls vor dem 7. Wirbel lagen.

Wilh. Koch (Berlin).

Hofmann (Burgsteinfurt). Seltene Kopfverletzung.

(Correspondenzbl. d. ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1874. No. 14. p. 56.)

Eine Frau, deren Beckenmaasse nicht auffallend klein, deren Conjugata aber durch das scharfe Hervorstehen des Promontorium bis auf 3″ verkürzt war, gebar ohne Kunsthülfe ein Kind mit nur einem Auge. Das 2. Auge hing an einem Zellgewebsfaden schlotternd auf der Brust. Das Kind blieb am Leben, war aber geistig und körperlich krüppelhaft. Nach 2 Jahren gebar dieselbe Frau nach Anlegung der Zange ein Kind, dem abermals ein Auge fehlte. Dasselbe starb. Die Kopfknochen waren bis auf die Schädelbasis herab zertrümmert. Durch Druck auf den eingedrückten, rechten Stirnbeinhöcker konnte mit Leichtigkeit der obere Orbitalrand mit dem unteren in Berührung gebracht, also die Procedur hervorgebracht werden, wodurch das Auge ausgequetscht worden war. Solche Zertrümmerungen der Kopfknochen durch die Wehenkraft allein sind gewiss höchst selten.

Madelung (Bonn).

J. Talko (Lublin). Entfernung einer Teleangiectasie des oberen Lides mittelst Ligatur.

(Medycyna 1874. No. 35, polnisch.)

Bei einem 10monatl. Mädchen wurde mittelst zweier kreuzweise durch die Basis durchgeführter doppelter Ligaturfäden eine 1 Cm. im Durchmesser haltende Teleangiectasie des oberen Lides ligirt. Keine Schwellung des Augenlides. Geringe

Eiterbildung in der collabirten Geschwulst, die nach 7 Tagen abfällt, unter Zurücklassung einer reinen Wunde. Keine nachträgliche Verzerrung des Augenlides.

Obaliński (Krakau).

Borlée. Observations cliniques sur le diagnostic différentiel entre la contusion et la commotion cérébrales.

(Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique 1874. No. 5.)

Während die meisten Autoren der Contusio cerebri einen eigenen Symptomencomplex zuschreiben, welcher sich schon unmittelbar nach der Verletzung zeigt, wurde von anderer Seite (Fano) behauptet, dass bei der reinen Contusion, ohne Combination mit Commotion oder bedeutenden Blutergüssen, die Diagnose erst im weiteren Verlauf durch bestimmte Erscheinungen ermöglicht wird.

Mit Aufführung mehrerer Krankengeschichten reiht sich Verf. der allgemeinen Ansicht an. **Girard** (Strassburg i/E.).

Dowse. Darmverschluss durch Epitheliom. Colotomie. Tod.

(Transact. of the pathol. Soc. of London 1873. Vol. 24. p. 97.)

Eine 43jähr. Wäscherin fühlte angeblich vor 6 Monaten beim Auswringen der Wäsche plötzlich im Unterleibe einen heftigen Schmerz. Seit 5 Wochen Stuhlgang angehalten, Tympanitis, der Leib auf Druck nirgends schmerzhaft; bisweilen kolikartige Anfälle, Erbrechen; hochgradige Abmagerung. Pat. wird immer schwächer und gestattet erst am 11. Tage vor dem Tode, im Zustande höchsten Collapses, die Colotomie; das Colon descendens wird leer gefunden.

Section. Am Uebergange des Colon transversum in Colon descendens findet sich eine 1″ weit reichende, harte Geschwulst (Carcinom), welche das Darmlumen so verschloss, dass nur eine dünne Sonde passiren konnte. Colon transversum und ascendens sehr ausgedehnt, 4″ über dem Coecum fand sich eine gangränöse Stelle, welche Darminhalt in die Bauchhöhle hatte treten lassen. **Pilz** (Stettin).

Jahn Taylor. A Case of intestinal obstruction treated by colotomy.

(The Lancet 1874. Vol. II. No. 10. p. 341.)

Eine 60jähr. Frau, bis dahin ganz gesund, litt seit Anfang dieses Jahres an plötzlichen heftigen Uterinblutungen, Ausfluss von serösen eitrigen Massen, Schmerzen vor und nach dem Stuhlgang. Letzterer beförderte nur kleine Stücke hervor, dann nur dünne Massen. Am 28. April konnte ein Tumor der linken fossa iliaca gefühlt werden. Am 30. April hörte der Stuhl ganz auf. Symptome der Darmverschliessung. Am 4. Mai Colotomie, Entleerung grosser Mengen dünnen Kothes. Jetzt, am 3. August ist die Frau ganz wohl, geht aus, während die Geschwulst ständig gewachsen. **Leisrink** (Hamburg).

Eugen Hahn (Berlin). Ein Beitrag zur Drainage der Bauchhöhle.

(Berl. klinische Wochenschrift 1874. No. 38.)

Bei der Nachbehandlung eines Falles von Ovariotomie, der am 25. Tage nach der Operation völlige Heilung ergab, konnte sich Verf. von der trefflichen Wirkung der Drainage der Bauchhöhle, wie sie von Marion Sims, Peaslee, Spiegelberg, v. Nussbaum u. A. (cf. Centralbl. f. Chir. No. 2) warm empfohlen worden, überzeugen. Bei der Exstirpation selbst hatte Verf. viele Adhäsionen zu lösen, die besonders fest waren an den solideren Theilen der Geschwulst. Eine parenchymatöse Blutung aus den Trennungsflächen veranlasste die Punction des Douglas'schen Raumes und das Hindurchführen eines längeren Kautschukrohres, durch welches mehrmals am Tage Durchspülungen mit schwächster Carbolsäure-

lösung (1 : 1000) gemacht wurden, bis jedesmal das Spülwasser rein abfloss. Der im Anfang sehr reichliche Ausfluss von röthlicher, dann bräunlicher Flüssigkeit aus der Bauchhöhle hörte am 4. Tage fast ganz auf, während die Temperatursteigerung nur sehr gering gewesen war. Am 4. Tage löste H. die Suturen in den Bauchdecken. Stuhlgang wurde am 7. Tage durch Abführmittel erzielt. Die Klammer entfernte Verf. am 12. Tage nach der Ovariotomie, die in einer Privatwohnung ausgeführt worden war. **v. Mosengeil** (Bonn).

Michaux. 4 Ovariotomies.

(Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique 1874. No. 4.)

Veröffentlichung von 4 Fällen, wovon 2 günstig, 2 tödtlich verliefen. Keiner bietet etwas Besonderes. In einem Anhang führt Verf. aus seiner Praxis 2 Fälle an, wo die Punction der Cyste durch Peritonitis den Tod zur Folge hatte. **Girard** (Strassburg i/E.).

De Roubaix. Considérations sur trois nouveaux cas d'ovariotomie.

(Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique 1874. No. 6.)

Von diesen 3 günstig verlaufenen Fällen ist einer bemerkenswerth, weil die Operation in einer elenden mit Misthaufen umgebenen Hütte, in einem Zimmer ohne Luft und Licht, wo 7 Personen zusammen wohnten, ausgeführt wurde. Verf. zog für die Anästhesie das Methylenchlorid vor, wegen des angeblich selteneren Erbrechens, als nach dem Chloroform. **Girard** (Strassburg i/E.).

M. Figueira. Empyema tratado pelo tubo d'esgoto e repetidas injecçoẽs. Cura.

(O correio medico de Lisboa 1874. No. 18. p. 208.)

Mehrfache Punctionen eines linksseitigen Pyothorax mit Dieulafoy's Aspirator bei einer 30jähr. verheiratheten Frau hatten nur vorübergehende Erleichterung gebracht. Mit vollem Recht entschloss sich F. Anfang d. J. zur Eröffnung der Pleura mittelst Schnitt und erzielte unter Anwendung der Drainage und von Einspritzungen (anfangs Carbolsäure, später Jodlösungen) volle Heilung in einigen Wochen. **Ullersperger** (München).

Calvet. Mort subite plusieurs mois après l'opération de la trachéotomie.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 49.)

C. machte wegen Croup bei einem bis dahin gesunden 8jähr. Mädchen die Tracheotomie. Am 8. Tage wurde die Kanüle entfernt und nach Verlauf von etwa 14 Tagen war die Patientin vollständig hergestellt. Einen Monat nach der vollständigen Heilung trat bei dem Kinde Nachts während des Schlafes ein heftiges Schnarchen ein, welches in den nächsten Tagen sehr stark wurde; allmälig wurde auch die Respiration pfeifend. In der folgenden Nacht springt das Kind plötzlich aus dem Schlafe auf und fällt todt in das Bett zurück. Leider wurde die Section nicht gestattet. Wahrscheinlich handelte es sich nach C. um eine Excrescenz im Inneren der Trachea, von der Narbe oder einer anderen Stelle ausgehend. Eine 2. Tracheotomie wurde von den Eltern nicht gestattet. **Tillmanns** (Leipzig).

Éd. Fournié. A propos d'un cas de mort par suffocation plusieurs mois après l'opération de la trachéotomie.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 50.)

Im Anschluss an den von Calvet beschriebenen Fall von plötzlichem Tod mehrere Monate nach der Tracheotomie glaubt F., dass bei derartigen Beobachtungen Glottiskrampf, Narben-Granulome und Schleimpolypen die Ursache des plötzlichen letalen Ausganges abgeben könnten. Der Glottiskrampf kommt nach

F. vorzugsweise bis zum 2. und 3. Lebensjahre vor; später ist er selten, doch sind mehrere Beobachtungen desselben von Marotte, Bernard und Beau in der Société méd. des hôpitaux mitgetheilt (Hérard, Thèse de Paris 1847; Thèse de M. Capmos 1867). Die angeblich von der Tracheotomie-Narbe ausgehenden Tracheal-Granulome sind nach F. äusserst selten. Die Entwicklung von wirklichen Schleimhautpolypen der Trachea infolge des durch die Kanüle gegebenen Reizes hat F. 2 Mal beobachtet.

Tillmanns (Leipzig).

Edward J. Cooke. Case of primary Scirrhus Cancer of the larynx. Tracheotomy.

(The Lancet 1874. Septbr. 19. p. 412.)

Ein 58jähr. elend aussehender Mann hatte seit mehreren Jahren Husten, oft mit blutigem Auswurf und einem heftigen Schmerz hinter der Cartilago thyreoidea. Später trat völlige Aphonie ein. Es wurde erst eine antispasmodische Mixtur gegeben und dann die Tracheotomie gemacht (ohne Untersuchung des Kehlkopfsinnern zur Feststellung einer Diagnose, Ref.). Bei der Eröffnung der Trachea entleerte sich eine Menge purulenten Schleims. $^3/_4$ Jahr nach der Operation starb der Kranke, nachdem er mehrere Abscesse in dem Raum zwischen Zungenbein und Kehlkopf gehabt und nachdem einmal Granulationen vom Innern des Kehlkopfs hervorwuchernd die Kanüle herausgepresst hatten. Die Entwicklung dieser Granulationen liess sich durch Aetzen mit argent. nitric. zurückhalten.

Die Section soll einen grossen Abscess an der rechten Seite des Larynx, welcher einerseits bis zum Unterkiefer, andererseits zur Brust ging, ergeben haben. Der obere Theil des Larynx soll durch »scirrhöse Massen« ausgefüllt gewesen sein. (Doch hatte eine Untersuchung dieser Massen nicht stattgefunden. Ref.)

Leisrink (Hamburg).

Journez. Tumeur carcinomateuse; examen microscopique.

(Archives médicales belges 1874. Hft. 5.)

Eine 42 Jahre alte, kinderlose Dame von »lymphatisch-sanguinischem Temperament« besass in der Gegend des äusseren Drittels der linken Clavicula eine wallnussgrosse, dunkelschwarz glänzende Geschwulst, von einem 1—2 Cm. breiten Entzündungshof umgeben und bei leisester Berührung excessiv schmerzhaft. Ausgegangen war die Geschwulst von einem kleinen Hautpickel, welcher ulcerirte und sich in ein flächenartiges Geschwür von der Grösse eines Fünffrankenstücks umwandelte. Auf dem Boden dieses Geschwürs hatte sich nach einigen Monaten unter einer Kruste, gebildet aus den applicirten Arzneimitteln, obige Neubildung erhoben, die indess seit einem halben Jahre unter dem Auftreten subacuter Entzündungserscheinungen vollständigen Wachsthumsstillstand zeigt. Nach erfolgloser örtlicher und allgemeiner Behandlung wurde die Ablation des Tumors vorgenommen, nach welcher schnelle Heilung erfolgte, bis jetzt, in etwa Jahresfrist, ohne Recidiv.

Von Interesse ist das Ergebniss der anatomischen Prüfung der Geschwulst, welche von Prof. van Lair zu Liége vorgenommen wurde und die Diagnose eines Carcinoms bestätigte, doch so, dass, nach Verf.'s Meinung, hier der seltene Fall einer spontanen Heilung eines Carcinoms, bedingt durch vollkommene Isolation der Neubildung mittelst demarkirender Entzündung und Abscessbildung vorgelegen.

Arn. Hiller (Minden).

Berichtigung:

Z. 1 v. u. p. 490 lies vorderen Arcus statt Vorderarms.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. **Sonnabend, den 14. November.** **1874.**

Bacterien und Eiterung.

Von
Dr. Arnold Hiller,
Assistenzarzt in Berlin.

Die Richtigkeit des durch die Klebs'sche Schule in Umlauf gesetzten Satzes: »dass Bacterien die Erreger der Eiterung, ein chemisches Stoffwechselproduct derselben Fiebererzeuger sei«, zu prüfen, unternahm ich folgende Versuche:

I. Hautwunden an Kaninchen heilen bekanntlich ohne Eiterung unter einem Schorf. Wurden solche Wunden von Groschengrösse und darüber täglich Morgens und Abends mit einer bacterienhaltigen Isolationsflüssigkeit (isolirte Bacterien in destillirtem Wasser suspendirt) *) benetzt und mit Guttaperchapapier verbunden, so wurde

*) Vergl. über die Methoden der Darstellung isolirter Bacterien aus Faul- oder Zuchtflüssigkeiten meine vorl. Mittheilung: »Untersuchungen über die Bacterien

die Wundfläche beim Wechsel des Verbandes gleichwohl stets trocken und mit den angeklebten Bacterienmassen bedeckt gefunden; eine Eiterung erfolgte indessen nicht. Eine Reihe anderer reizender Stoffe dagegen, wie Ammoniak, Sublimat, Senfspiritus u. a., in gleicher Weise auf die Wunde applicirt, riefen dem Grade der Reizwirkung entsprechende Entzündung und Eiterung hervor.

Bei Hunden eitern Hautwunden, mit Guttaperchapapier bedeckt und destillirtem Wasser bespült, in nur mässigem Grade, anfangs serös, etwa vom 2. Tage ab deutlich eiterig. Tägliche Berieselung und Imbibition der Wunden mit Isolationsflüssigkeit, anstatt destillirten Wassers, änderte in dem Verhalten der Wunde und dem Charakter der Absonderung Nichts; die Menge des Secrets, die Zahl der Eiterkörperchen wurde nicht reichlicher, die entzündliche Reaction der Umgebung nicht intensiver und der Heilungsverlauf in keiner Weise gestört oder verlängert. — Auch das Belegen der Wunde mit isolirten und ausgewaschenen Bacterienhäutchen hatte einen sichtbaren Einfluss auf den Grad der Eiterung oder die Dauer der Heilung nicht. — In gleicher Weise wie Flächenwunden verhalten sich auch Schnittwunden jeder Art, sei es, dass dieselben mit Bacterien imprägnirt, oder mit in Isolationsflüssigkeit getauchten Messern angelegt wurden.

Frösche sind für derartige Versuche wegen des Aufenthalts im Wasser ungeeignet (vergl. Eberth, die Wundmycose bei Fröschen).

II. Wunden mit theilweisem oder völligem Luftabschluss, also die sog. subcutanen Wunden heilen gewöhnlich ebenfalls ohne Eiterung, durch Verklebung und Neubildung. Die gleichzeitige Einbringung intensiv reizender Stoffe dagegen (s. oben), z. B. Canthuridentinctur, ruft ausnahmlos lebhafte Entzündung, Eiterung und Abscessbildung hervor.

Wurde in solche subcutane Muskel-, Sehnen- und Zellgewebswunden an Kaninchen Bacterienflüssigkeit injicirt, oder mit in concentrirte Isolationsflüssigkeit getauchten Instrumenten derartige Wunden an Thieren angelegt, trat eine Entzündung und Abscedirung in keinem der Fälle ein. Zwar wurde in den durch Muskelzug gezerrten Theilen der meist frei sich bewegenden Thiere bisweilen die Heilung verzögert, auch die Wiedervereinigung wohl gänzlich verhindert oder schwielige Verdickungen gesetzt; eine wirklich eiterbildende Entzündung erfolgte jedoch nicht. Dagegen konnten dieselben Veränderungen auch ohne die Anwendung von Bacterien beobachtet werden.

Eine jede subcutane Injection in das Unterhautzellgewebe repräsentirt offenbar eine solche subcutane Wunde. Daher sind auch meine schon früher mitgetheilten (a. a. O.) zahlreichen Injectionsversuche

---

etc.«, Allg. med. Centralztg. 1874, 1 u. 2. — Die so gewonnenen Bacterien sind — das ist für die Beweiskraft dieser und ähnlicher Versuche von Wichtigkeit — in geeigneten Flüssigkeiten vermehrungsfähig, mithin vollkommen lebenskräftig und ihrer vitalen Fähigkeiten nicht beraubt.

mit isolirten Bacterien in diesem Sinne als beweisend aufzufassen. Die damals ausschliesslich an Kaninchen gewonnenen Resultate kann ich nunmehr noch dahin erweiternd bestätigen, dass dieselbe phlogogene und pyrogene (mithin parasitäre) Wirkungslosigkeit der Bacterien sich auch an grösseren Thieren (Hunden) und selbst am Menschen erweist. Ich habe zuerst mir selbst isolirte Bacterien aus Züchtungen und Faulflüssigkeiten in steigender Dosis bis 1 Ccm. unter die Haut des linken Vorderarms zu wiederholten Malen spritzen lassen, ohne irgend welchen örtlichen oder allgemeinen Nachtheil zu empfinden, und darauf mehreren anderen gesunden Personen auf freiwilliges Erbieten dieselben Injectionen ganzer Pravaz'scher Spritzen voll gemacht — allein bis jetzt keine Hautentzündung, keinen Abscess, kein Fieber erzielt.

III. In einer ferneren Reihe von Versuchen wurden dem Eiter gut heilender Wunden, sowohl bei Hunden, wie auch schliesslich be- Menschen, isolirte und von chemischen Stoffen befreite Bacterienmassen zugesetzt. Die gute rahmartige Beschaffenheit des Eiters änderte sich jedoch nicht, ebenso wenig wurden Zeichen intensiverer Zersetzung, oder Störungen des Heilungsverlaufs (Erysipelas, Diphtherie, Lymphangitis, Septhämie u. a!) wahrgenommen. Dagegen erfolgte in mehreren der Fälle eine mikroskopisch deutlich zu constatirende Vermehrung der Organismen in Kugelform, ohne dass ein Einfluss der Vermehrung auf Qualität und Quantität des Eiters, auf Allgemeinbefinden und den Heilungsvorgang in der Wunde bemerkbar geworden wäre.

Ueberdies vermochte auch die mikroskopische Untersuchung zahlreicher Wundsecrete und Wundflächen unter den verschiedensten Behandlungsweisen die Richtigkeit des Klebs'schen Satzes nicht zu bestätigen. Weder war der Befund von Mikroorganismen im Eiter und auf Wunden überhaupt constant, noch, wie es die logische Consequenz des Satzes erforderte, der Intensität der Wundeiterung numerisch proportional. Vielmehr wurden Bacterien bei reichlichen und profusen Eiterungen sogar häufig vermisst, während sie, wie auch Ranke (cf. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 13) angiebt, in spärlichen serösen Secreten, welche in keiner Weise eiterig zu nennen waren, z. B. bei Lister'scher Behandlung, in wohlcharakterisirten Formen sich fanden.

IV. Wurde das Filtrat septischer Flüssigkeiten (Muskelwasser, Blutserum) oder die stark bacterienhaltigen Faulflüssigkeiten selbst zum Verbande von Wunden benutzt, resp. dem Eiter der Wunden zugesetzt, so folgten bei frischeren Wunden die bekannten Erscheinungen der localen und allgemeinen putriden Intoxication, bei älteren Wunden, also bei einer gewissen Dicke der Granulationen, häufig gar keine Reactionen mehr. Ein Unterschied in der Wirkung beider septischen Substanzen trat in sofern ziemlich deutlich hervor, als beim Filtrat mehr die allgemeinen, oft rein septhämischen Erscheinungen, bei den bacterienhaltigen Flüssigkeiten daneben auch local phlogistische

Wirkungen (erysipelatöse und brandig-phlegmonöse Entzündung) erfolgten. Es beruht dieser Unterschied offenbar darauf, dass in ersterem Falle eine schnelle Resorption und Allgemeininfection des Blutes eintritt, im anderen dagegen durch die körperlichen Elemente der Faulflüssigkeit der Gesammtresorption ein Hinderniss gesetzt ist und die mit dem Gift imbibirten Einzelindividuen und Lager der Bacterien als mechanisch haftende oder nur langsam weitergeschwemmte Giftträger wirken. Hierfür spricht jedenfalls das ganz analoge Verhalten der Versuchsthiere, wenn das Filtrat mittelst Schwämmchen oder Charpie zwischen Wundflächen gebracht wurde, oder indifferente kleine Körperchen, wie ausgewaschene Bierhefe, mit dem Filtrat durchtränkt, zur Anwendung gelangten.

V. Schliesslich muss ich, dem neuerdings so sehr beliebten Einwande gegenüber, dass es 2 Arten von Bacterien geben könne, harmlose und schädliche, dass ich in meinen Versuchen gerade nur mit den harmlosen experimentirt, die richtigen, schädlichen, »pathogenen« Bacterien dagegen nicht getroffen hätte, bemerken, dass ich mich vom Beginne dieser Versuche an vor der Einseitigkeit bewahrt habe, etwa nur mit künstlich gezüchteten Organismen zu experimentiren, vielmehr in der Auswahl der Stoffe zur Gewinnung und Isolation die grösste Mannigfaltigkeit habe walten lassen. Die hier zur Anwendung gelangten Organismen sind nicht blos künstlich erzüchtete, sondern in gleicher Weise die Fäulnissbacterien des Blutes, Serums, Fleischwassers, Harns, der Mundhöhle und beliebiger anderer Quellen, allerdings isolirt und von den ihnen anheftenden chemischen (specifischen) Stoffen durch Auswaschen befreit. Welchen Zwang der Vorstellung, welchen Widerspruch der Logik aber bedeutet es, bei der Vergiftung durch faulende Stoffe, z. B. Blut, die Wirkung dieser Substanzen auf die darin vegetirenden Bacterien zu beziehen, von den als wirkungslos sich erweisenden, hieraus unmittelbar gewonnenen, mithin ohne Zweifel identischen Organismen zu behaupten, sie seien zufällig nicht die »pathogenen«! Auch wird die Möglichkeit der Annahme einer besonderen »Form« pathogener Bacterien (Orth u. A.) durch die Mannigfaltigkeit meiner Versuche in Bezug auf Quelle, Vegetationsform und Alter der Organismen (vergl. die vorl. Mitth. a. a. O.) ganz unhaltbar. Welche wunderbare Kette von Zufälligkeiten müsste überdies vorausgesetzt werden, wenn man annehmen wollte, dass auch alle die übrigen Forscher (v. Brehm, Wolff, Onimus, Küssner, Lewitzky, Clementi-Thin u. A.), welche in dem Maasse, als ihre Versuchsmethoden schärfer, ihre Resultate exacter wurden, mehr und mehr die parasitäre Schuldlosigkeit und Indifferenz der Bacterien herausstellten, immer nur die harmlosen, niemals die echten parasitären Bacterien getroffen hätten!

Nach dem gegenwärtigen Stande der Forschung muss die obige Annahme zweier innerlich specifisch verschiedener Arten von Bacterien als eine durch Nichts gerechtfertigte Hypothese bezeichnet werden, welche nicht aus dem Drange der Thatsachen heraus, sondern

nur aus dem individuellen Bedürfniss Einzelner, aus der Voreingenommenheit für eine bequeme Theorie sich herausgebildet hat. Weder die morphologische, noch die physiologische, noch die exact experimentelle Forschung hat eine solche Auffassung bisher zu stützen vermocht; andererseits macht die erstaunliche, ja wohl denkbar grösste Einfachheit der Organisation dieser Gebilde die hypothetische Annahme specifischer functioneller Verschiedenheiten, oder überhaupt die Analogie mit höher organisirten Giftpflanzen (Schierling) unzulässig. —

Ich ziehe aus meinen Versuchen den allerdings sehr naheliegenden, wenn auch der Conjectural-Pathologie moderner Philomicrococcologen und heissblütiger Monadisten zuwiderlaufenden Schluss, dass Bacterien oder irgend eine besondere Form derselben (Monaden, Micrococcen) die ihnen vindicirte ursächliche Beziehung zur Eiterbildung nicht haben, dass ihnen überhaupt die Fähigkeit, Entzündung, Eiterung und accidentelle (infectiöse) Wundkrankheiten zu erregen, abgeht, und ihr Vorkommen im Eiter oder auf Wundflächen nur als ein zufälliges, aber weder deletäres noch solitäres Ereigniss aufzufassen ist.

Binz. Ueber die Zerlegung des Jodkaliums im Organismus.

(Neues Repertorium f. Pharmacie, herausgegeben von Prof. Buchner 1874. Hft. 1.)

Ueber das Schicksal des Jodkalium im menschlichen Organismus glaubt sich B. zu folgenden Vorstellungen berechtigt. Im gesunden Magen wird ein Theil des Jodkalium in Jodwasserstoff verwandelt ($KJ + HCl = KCl + HJ$), ein anderer durch vorhandenes Kochsalz in Jodnatrium übergeführt, ein dritter bleibt, wenn die Dosis stark genug war, unverändert. Alle 3 Verbindungen gehen rasch in den Kreislauf über. Die HJ trifft hier disponibles Alkali und bildet wieder NaJ. Aber in den arbeitenden Geweben haben die Alkaliverbindungen des Jod keinen Bestand, hier wirkt Kohlensäure und gleichzeitig activer Sauerstoff, z. B. des Drüsenprotoplasmas, auf sie ein; es wird freies Jod abgespalten, entweder direct nach der Formel $2KJ + CO_2 + O = K_2CO_3 + 2J$ oder, was auf dasselbe hinausläuft, nach vorheriger Bildung von Jodwasserstoff. Das freie Metalloid erhält so die Möglichkeit, gewisse Eiweisskörper, zu welchen es im Allgemeinen grosse Verwandtschaft hat, direct anzugreifen und hierin sucht B. die Erklärung für die heilsame Wirkung der Jodpräparate. »Wahrscheinlich sind es gerade gewisse specifisch entartete Zellencomplexe, welche das Jodkalium leicht zerlegen und dabei von dem freiwerdenden Metalloid in ihrem Wesen gestört werden«.

Eine ähnliche Zerlegung des Bromkalium lässt sich weniger gut denken. Hier ist die Bindung der Alkalien an das Br. ungleich fester, als die an das Jod.

Tillmanns (Leipzig).

Meunier. Statistik der chirurgischen Klinik zu Greifswald für das Sommersemester 1874.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

Tabellarische Uebersicht über 224 (151 M., 73 W.) im Sommer 1874 in der Hüter'schen Klinik behandelte Patienten, mit kurzer Angabe der Krankheit, der eingeschlagenen Therapie und des Heilerfolges, leider in einer so dürftigen Weise, dass eine Benutzung zu statistischen Zwecken unmöglich ist.

Die 10 vorgekommenen Todesfälle vertheilen sich auf 1 Apoplexie, 3 Krebscachexieen, 2 Amyloiddegenerationen, 1 Empyem, 3 Fälle von Pyämie, und zwar die letzteren bedingt: 1) durch eine eitrige, chronische Kniegelenkentzündung bei einem 60jährigen Individuum, 2) durch eine Ablösung der Kopfhaut, gefolgt von eitriger Meningitis, 3) durch eine tiefe Wunde zwischen Urethra und Scheide. Von grösseren Operationen sind gemacht: 2 Amputationen des Unterschenkels, 1 Fussgelenkresection, 1 Ellenbogengelenkresection, 2 Amputationen der Brust, 2 grössere Lipomexstirpationen, 1 Exstirpation eines Neuro-Myxoms des Ischiadicus; ausserdem ist 1 complicirte Unterschenkelfractur, 1 complicirte Ulnarfractur conservativ behandelt: auf alle diese Fälle kommt kein Todesfall.

Die mitgetheilten Erfolge der Carbolinjectionen bei chronischen Gelenk- und Knochenleiden, bei Erysipel, bei Lymphdrüsenschwellungen, bei einem Fibrom der Schädelbasis müssen zu weiteren Versuchen mit diesem Mittel dringend auffordern. Zum Schluss der Arbeit werden, nach einigen Bemerkungen über die von M. gewiss nie gesehene Lister'sche Wundbehandlung, 1 Lipomexstirpation, und 4 Entfernungen von Lymphdrüsen am Halse ausführlicher mitgetheilt.

Ranke (Halle).

G. Bizzozero, C. Bozzolo. Studî sui tumori primitivi della dura madre.

(Rivista clinica di Bologna 1874. Fasc. 8 e 9.)

Als Einleitung finden wir eine sehr genaue historische Uebersicht der wichtigsten Arbeiten über die Tumoren der harten Hirnhaut. In der zweiten Abtheilung finden sich 28 Fälle von primitiven Durageschwülsten mit der grössten Ausführlichkeit beschrieben. Das 3. Capitel enthält die Schlussfolgerungen, welche sich aus dem Studium dieser Geschwülste ableiten liessen.

Der Umfang dieser Geschwülste wechselt von weniger als Erbsengrösse bis zu der einer Orange. Sie sind rundlich und sitzen ausnahmslos auf der Innenseite der Dura, gewöhnlich breitbasig, zuweilen gestielt, mit glatter oder kleinhöckeriger Oberfläche, sind von wechselnder Consistenz und röthlicher Farbe in verschiedener Nuancirung. Sie infiltriren nie die Hirnsubstanz, sondern bleiben in der Regel von ihr durch die Pia geschieden. In sehr seltenen Fällen wird das

Schädeldach von ihnen durchbohrt. Sie bestehen wesentlich aus Bindegewebsbündeln und Bindegewebszellen. Die Bündel sind häufig dick, fein gestreift, sonst homogen und stark lichtbrechend (sclerosirt). Die Zellen haben die grösste Aehnlichkeit mit Endothelien und werden darum von den Autoren endothelioid genannt. Häufig sind diese zu Kugeln geschichtet (Endothelioidkugeln), wo sie dann grosse Aehnlichkeit mit Epidermiskugeln besitzen. Sowohl die Bindegewebsbündel als die Endothelioidkugeln unterliegen leicht der Verkalkung, welcher stets eine Sclerosirung vorhergeht.

Der Structur nach lassen sich 3 Formen unterscheiden.

1) Das alveoläre Endothelioidsarcom. Das alveoläre Gerüst besteht aus Bindegewebe, der Inhalt der Alveolen besteht aus Endothelioidzellen oder Endothelioidkugeln, in selteneren Fällen aus kleineren polyedrischen oder rundlichen Zellen.

2) Das fasciculirte Endothelioidsarcom. Dieses besteht wesentlich aus sich durchkreuzenden Strängen, welche aus Endothelioidzellen aufgebaut sind. Es hat dem Baue nach am meisten Aehnlichkeit mit den fasciculirten Spindelzellensarcomen.

3) Das Endothelioidfibrom. Es besteht vorwiegend aus Bindegewebssträngen, zwischen denen Endothelioid-, Spindel- oder Rundzellen liegen.

Alle 3 Formen zeigen mannigfache Uebergänge untereinander. Hierauf folgt der Nachweis, dass die Endothelioidzellen als Bindegewebszellen aufzufassen sind.

Die Endothelioidgeschwülste sind als homologe und durchaus nicht infectiöse Productionen der Dura anzusehen.

Der Name Psammom wäre am besten zu streichen, da er auf ein unwesentliches Merkmal anspielt. **Menzel** (Triest).

W. Fairlie Clarke. Psoriasis of the tongue.

(The Practitioner 1874. August.)

C. polemisirt gegen die als P s o r i a s i s b u c c a l i s (D e b o v e, cf. Centralbl. f. Chir. p. 216) oder I c h t h y o s i s l i n g u a e (cf. Centralbl. f. Chir. p. 174 u. 215) bezeichnete Affection der Zunge. Die Bezeichnung Ichthyosis linguae sei schon deshalb durchaus nicht passend, weil die eigentliche Ichthyosis der Haut immer mit Talgdrüsenaffection und perspiratorischen Functionsstörungen der Haut combinirt sei. Sodann sei die Ichthyosis der Haut eine congenitale Erkrankung, bleibe constant und sei unmöglich zu heilen. Die fälschlicher Weise als Ichthyosis linguae bezeichnete Affection sei nie congenital (C. sah sie nie vor der Pubertät), bleibe nicht constant, sondern habe entschiedene Neigung krebsig zu werden, so dass man sie als 1. Stadium des Carcinoms auffassen könne.

Auch die Bezeichnung Psoriasis linguae ist nach C. ebenso wenig berechtigt; die eigentliche Hautpsoriasis sei vorzugsweise eine epitheliale Erkrankung, die den Papillarkörper nicht überschreite; sie komme

congenital sowohl, als auch im früheren und späteren Lebensalter vor. Sodann finde man bei Psoriasis der Haut unter der desquamirten Stelle junges Epithel, welches unter geeigneter Behandlung die Heilung vermittele. Bei Psoriasis linguae dagegen trete unter den abgelösten Borken eine rothe, entzündlich geschwollene, rauhe Unterlage zu Tage.

Deshalb ist C. der Ansicht, dass beide Namen Psoriasis und Ichthyosis als Bezeichnung für die bekannte warzige Zungenhyperphasie mit Verdickungen des Epithels fallen zu lassen seien, und Tylosis linguae (Dr. Ullmann; τύλος Callosität) an ihre Stelle treten müsse. Fox habe Keratosis vorgeschlagen, aber nur in seltenen Fällen beobachte man hornartige Härte der afficirten Partieen. Der Name Papillom würde ganz bezeichnend sein, aber die Erkrankung beginnt meist diffus, oder wenn sie zuweilen in warziger Form anfängt, so breitet sie sich bald mehr diffus aus. Also sei Tylosis linguae die beste Bezeichnung. Aber es giebt eine seltene Affection der Zunge, für die der Name Psoriasis linguae beizubehalten ist, eine Erkrankung, welche anatomisch mit der eigentlichen Hautpsoriasis ungemein viel Aehnlichkeit hat, aber ganz verschieden von Tylosis ist. Sie beruht auf Hyperämie des Papillarkörpers mit Exsudation in das Epithellager. In einigen Tagen bildet sich eine desquamirte Stelle, die nach Ablösung der Epidermisschuppe in wenigen Tagen spurlos verheilt, aber an derselben Stelle oder in der Nähe recidivirt. Bei passender Behandlung ist diese meist mit Syphilis verbundene Affection leicht zu heilen.

Tillmanns (Leipzig).

Hartung. Verlarvte Zahnkrankheiten.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1874. Juli.)

Unter obigem Namen beschreibt Verf. 4 Fälle, in denen verschiedenartige Gesichtsleiden von Krankheiten der Zähne ihren Ursprung nahmen, die anfangs nicht erkannt, später durch genaue Untersuchung der Zähne und deren Behandlung beseitigt wurden.

1) Ein Arzt, etwa 50 Jahr alt, dessen Gebiss noch ganz vollständig und gesund, leidet seit einiger Zeit an lebhaften Schmerzen am äusseren linken Augenwinkel, nebst klonischen Krämpfen des linken oberen Augenlides. Zahnschmerz war nie vorhanden. Alle rationellen Mittel waren vergebens. Eine genaue Untersuchung der Zähne zeigte an der distalen Wand des oberen linken Weisheitszahns eine penetrirende cariöse Höhle. Nach Extraction des betreffenden Zahnes schwanden sämmtliche Symptome.

2) Ein kräftiger Mann von 50 J., der stets gesund gewesen, litt seit einigen Monaten an sehr heftigen, über den ganzen Schädel sich verbreitenden Kopfschmerzen, die zuweilen nach den Zähnen hin ausstrahlten. Verf. fand den 2. oberen rechten Molaris cariös und die Pulpa blossliegend. Letztere wurde mit Arsenik geätzt und das Leiden war gehoben.

3) Bei einem 14jähr. Mädchen stand der linke obere Eckzahn

bedeutend über der Zahnreihe hervor, weil noch der Milcheckzahn vorhanden war, der fest eingekeilt schien. Es dauerte Monate, ehe die Eltern sich entschlossen, letzteren entfernen zu lassen. Bei der Extr. fand sich die ziemlich lange Wurzel nur an einer Seite resorbirt, aber an ihrem Ende sehr spitz. Interessant wurde dieser Fall dadurch, dass mit der Extraction eine seit Jahren von Zeit zu Zeit wiederkehrende Gesichtsrose vollständig verschwand.

4) Eine schwächliche nervöse Dame von 28 J., deren nicht sehr kräftig entwickelte Zähne trotz grosser Sorgfalt nach jedem Wochenbett auffallend rasch cariös wurden, litt seit längerer Zeit an Wechselfieber nebst heftiger Gesichtsneuralgie. Letztere beschränkte sich auf eine bogenförmige Linie vom rechten, äusseren Augenwinkel bis ziemlich in die Mitte der Stirn. Die Anfälle traten nur in bestimmten Zeiträumen auf, dazu kamen Schüttelfröste, darauf folgende Hitze und heftiger Schweiss. Sie begannen Abends 6 Uhr und endeten früh 2 Uhr. Man hielt dies Leiden um so mehr für ein Intermittens, als auch eine Milzvergrösserung (?) constatirt wurde.

Es wurde Alles, was die Pharmakopöe bot, Chinin, Morphium, Chloral, Arsenik, Seebad, Schwalbach, vergebens angewendet. Als sich endlich ein leises Ziehen in der unteren Wangengegend und eine leichte Anschwellung der Submaxillardrüse (?) bemerkbar machte, wurde ein Zahnarzt consultirt, der den 2. unteren (wahrscheinlich rechten) Molaris extrahirte. In derselben Nacht schlief Patientin ruhig und das Leiden, das $1^1/_2$ Jahr gedauert hatte, war beseitigt.

Holländer (Halle).

E. Hoffmann. Ueber die Unterfütterung von unterstützenden Lappen bei plastischen Lappenoperationen.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

Verf. beschreibt 4 von Hüter ausgeführte plastische Operationen.

1) 2 Fälle von Nasenbildung (bei noch bestehendem Lupus) nach der von Volkmann angegebenen Methode: Loslösung eines Hautlappens vom Nasenrücken bis zum oberen Rande des Defects und Umschlagen desselben nach unten; durch seine Federkraft wird die aus der Stirnhaut gebildete Nase gestützt, und somit die Projection derselben wesentlich gebessert. Sehr gute Resultate. In beiden Fällen rühmt Verf. den förderlichen Einfluss plastischer Operationen auf die Heilung des Lupus, wie er meist beobachtet wurde (? Ref.).

2) 2 Fälle von Fistelheilung (Fisteln des Oesophagus und des Colon transversum, letztere mit starkem Schleimhautvorfall; beide nach Selbstmordversuchen zurückgeblieben).

Die Fisteln wurden durch seitliche Bogenschnitte umschrieben, von diesen aus von aussen nach innen zu Lappen gelöst, nach innen umgeschlagen und über der Fistel vereinigt.

Ueber die Wundflächen dieser Lappen wurden andere, aus der umgebenden Haut gebildete transplantirt.

Die Oesophagus-Fistel (etwa groschengross) wird definitiv geschlossen, die Darmfistel (ursprünglich 8 Cm. lang, 2 Finger breit) besteht noch als ganz enger Canal.

Verf. rühmt von der Unterfütterungsmethode schnellere Heilung (weil von vornherein epithelbekleidete Flächen den Schleimhauthöhlen zugekehrt werden) und grosse Solidität der erzielten Gebilde.

A. Genzmer (Halle).

F. Maury. Exsection of brachial Plexus.

(The American Journal of med. sciences 1874. July.)

In einem Falle von »schmerzhaftem Neurom der Haut«, welcher in dermatologischer Beziehung bereits 1873 im October-Hefte dieses Journals von Dr. Duhring beschrieben wurde, hat Verf. die Neurectomie des Plexus brachialis vorgenommen.

Pat. litt an heftigen neuralgischen Schmerzen, welche in häufigen Paroxysmen auftraten und von der Schultergegend nach vorn auf die Haut des Thorax, nach hinten auf die Scapula, nach unten auf den ganzen Arm ausstrahlten. Das Centrum des Schmerzes war ein Punct, welcher der Insertion des Deltoideus entsprach. Da alle angewandten Mittel erfolglos blieben, schlug Verf. dem Pat. die Operation vor.

Während der Kopf nach der gesundeu Seite gebogen wurde, fixirte er sich den äusseren Rand des Sternocleidomastoideus und führte längs desselben einen Schnitt, der 3 Zoll oberhalb der Clavicula begann. Von dem unteren Ende dieser Incision wurde ein zweiter Schnitt nach aussen, der Clavicula entlang geführt, der Hautlappen zurückpräparirt, und nach seitlicher Verschiebung der Vena jug. externa der Omohyoideus aufgesucht.

Unmittelbar unter dem Bauche dieses Muskels, welcher nicht durchschnitten, sondern mit Wundhaken nach abwärts gezogen wurde, findet man die beiden Stränge des Plexus brachialis. Der äussere oder obere, bestehend aus dem 4., 5., 6. und 7. Cervicalnerven, wurde mittelst einer Aneurysmanadel unterbunden und an der Schlinge emporgezogen. Nun deckte Verf. mit dem linken Zeigefinger die Subclavia und schnitt mit der Scheere den Nerven dicht unterhalb der Ligatur ab. Ein zweiter Schnitt trennte von dem oberen Ende $^3/_4$ Zoll ab. Nachdem beide Nervenstümpfe sich retrahirt hatten, betrug der Abstand $2^1/_4$ Zoll. In gleicher Weise wurde auch aus der inneren Portion des Plexus ein Stück herausgeschnitten. Vor einer Verletzung der Subclavia hat man sich hier noch sorgfältiger zu hüten, da die Arterie dicht am Nervenstrange liegt.

Die Operation verlief, ohne dass eine Gefässligatur nothwendig geworden wäre; selbst die Transversalis colli konnte geschont werden. Die Heilung ging ohne besondere Zwischenfälle von Statten; in 8 Tagen war die Wunde geschlossen.

Als Resultate der Operation giebt Verf. an:

Die Schmerzparoxysmen sind zwar nicht gehoben, haben aber an

Häufigkeit und Intensität eingebüsst. Pat. wird jetzt im Zeitraum von 24 Stunden einmal von einem schweren, ca. 4 Mal von einem leichten Anfalle belästigt. Das Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet. In der Regel schläft Pat. die ganze Nacht. Nur hier und da weckt ihn ein Anfall.

Sämmtliche Muskeln des Armes sind gelähmt und verfallen der Atrophie, deren allmäliges Fortschreiten mittelst des electrischen Stromes leicht nachzuweisen ist. Ein starkes Oedem verdeckt dem Auge den Schwund der Muskeln. Die Finger sind contrahirt. Die Sensibilität ist nur an der ganzen äusseren und einem Theil der inneren Seite des Oberarmes aufgehoben. Die Temperatur des kranken Armes ist durchschnittlich um 1° Fahr. niedriger, als die des gesunden. Die Haut des ersteren zeigt eine auffallende Trockenheit und vermehrte Epidermisabschuppung. Die Haut der Finger ist roth, schuppt stark ab; die Nägel sind verdickt, an beiden Seiten umgebogen.

Lossen (Heidelberg).

Mitchell. Traumatic neuralgia; section of median nerve.

(The American Journal of med. sciences 1874. July.)

Miss T. hatte sich im Alter von $2^1/_2$ J. einen Holzsplitter in die Vola der rechten Hand gestossen. Ein Stück wurde sofort herausgezogen, der grössere Theil aber sass so tief, dass man die Extraction aufgab und die eitrige Lösung zu befördern suchte. Auffallender Weise heilte die Wunde prima intent. und der Splitter blieb, ohne irgend welche Symptome, 20 Jahre in den Weichtheilen. In ihrem 22. J. stiess sich Pat. gegen die betreffende Stelle der Hand und empfand sofort einen heftigen Schmerz. Dieser verging bald wieder, aber 3 Monate später spürte sie ziehende Schmerzen in der Schulter, im Handteller, am Daumen und an der Beugeseite des Zeigefingers. Hierzu gesellte sich alsbald eine Hyperästhesie der Haut an Hand und Vorderarm, die Pat. jede Berührung sorgfältig vermeiden liess. Es fiel ihr nun selbst ein, der Holzsplitter könne an Allem Schuld sein und sie consultirte Dr. Sapolini in Mailand. Nach längerem Suchen schnitt derselbe den Fremdkörper aus, welcher zwischen den divergirenden Fäden des N. medianus lag. Die Wunde heilte im Verlaufe eines Monats, aber schon sehr früh stellten sich die Schmerzen wieder ein, begleitet von einer Contractur der Fingerbeuger, welche vergebens mit Apparaten bekämpft wurde.

Bei einer zweiten genauen Untersuchung entdeckte Dr. Sapolini, dass ein Druck auf den Medianus die Schmerzen steigere, ein Druck auf den Radialis aber nach kurzer Steigerung ein vollkommenes Schwinden der Hyperästhesie und der Contractur zur Folge habe. Er legte daher am äusseren Rande des Ellenbogens den Radialis blos und schnitt ein zolllanges Stück heraus. Absolutes Wohlbefinden folgte der Operation, am 8. Tage aber kehrten die Schmerzen zurück. Sie traten zwar nicht in derselben Heftigkeit auf, aber sie waren

unerträglich genug und, das Schlimmste, sie verbreiteten sich auf benachbarte Nervengebiete, so dass allmälig fast die ganze Haut von Hyperästhesie befallen wurde. Dabei bedeckte eine Herpeseruption den rechten Arm, den Hals und das Gesicht. Dieser Zustand, bei welchem Pat. sichtlich abmagerte, blieb trotz vieler Aerzte Rath 2 Jahre unverändert.

Im Januar 1873 sah Verf. die Patientin. Eine genaue Untersuchung der Nerven des Armes, deren Details wir übergehen, brachte ihn zu dem Schlusse, dass sämmtliche nervösen Erscheinungen auf eine Erkrankung des N. medianus zurückzuführen seien. Er proponirte daher die Excision dieses Nerven an dem Puncte des Vorderarmes, an welchem bereits die Fäden für die Vorderarmmuskeln sich abgezweigt hatten. Es konnte hier eine Ektomie lediglich einen Verlust der Sensibilität im Bereiche des Medianus, und der Motilität einiger Daumenmuskeln und der Mm. interossei zur Folge haben. Zwischen Flexor carpi rad. und Palmaris longus wurde der Schnitt geführt und ein $^3/_4$ Zoll-grosses Stück des Nerven excidirt. Der Erfolg war ein glänzender. Mit dem Erlöschen der Sensibilität in der Median-Region der Hand waren nicht nur die Schmerzen an dieser Stelle, sondern auch alle übrigen Neuralgieen verschwunden. Der Herpes heilte, der erheblich abgemagerte Arm nahm wieder an Volumen zu.

Zehn Monate nach der Operation sah Verf. die Pat. wieder. Der Erfolg war noch dauernd.

Die mikroskopische Untersuchung ergab den Befund einer chronischen Atrophie der Nervenfasern. **Lossen** (Heidelberg).

Michel. Contributions à l'histoire de l'extirpation complète de l'omoplate avec conservation du bras; opération suivie de succès.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 27.)

Ein Landmann von 50 Jahren litt an einem Cystosarcom der rechten Scapula. M. operirte in folgender Weise: er führte einen Schnitt längs des medialen Randes der Scapula und von dessen beiden Enden je einen kürzeren Horizontalschnitt nach aussen. Der so umschriebene Lappen wurde in Verbindung mit den sorgfältig lospräparirten, darunter liegenden Muskeln nach aussen zurückgeschlagen; dann wurden die sich am medialen Rande der Scapula ansetzenden Muskeln und der M. subscapularis abgelöst und die Clavicula zwischen mittlerem und äusserem Drittel durchsägt; nach Trennung der Deltoidesfasern konnte nun durch Zurückschieben der Muskeln supra- und infraspinatus, subscapularis, teres maj. et min. die Gelenkkapsel so zugänglich gemacht werden, dass man die Exarticulation vorzunehmen im Stande war. Nach Stillung der mässigen Blutung wurde die Wunde vereinigt, nur nach abwärts blieb eine Oeffnung für den Ab-

fluss der Secrete. Ueber das Ganze kam ein Watteverband. M. bemerkt hierzu, er wende den Watteverband seit mehr als 20 Jahren ausschliesslich an, auch existirten darüber bereits Veröffentlichungen (diese Bemerkung richtet sich gegen A. Guérin, der die Erfindung dieser Verbandmethode bekanntlich für sich in Anspruch nimmt, Ref.).

Die Heilung erforderte 2 Monate. Die Function der Extremität stellte sich in sehr vollkommener Weise wieder her, der Operirte konnte allen Feldarbeiten obliegen, alle Bewegungen der Extremität konnten activ ausgeführt werden, nur der Erhebung des Armes über den Kopf musste ein actives Vorwärtsschleudern des Armes (durch Wirkung des Pectoral. maj.) vorausgehen. Diese Vollkommenheit des Resultates schreibt M. der sorgfältigen Schonung der Muskulatur zu. — M. citirt aus der Literatur noch 10 Fälle derselben Art (v. Langenbeck, Syme (2), Heyfelder, Jones, Hammer, Schuh, Michaux, Rogers und Schuppert); von diesen 10 Fällen endete nur einer infolge der Operation tödtlich; 6 Mal trat der Tod innerhalb der nächsten 10 Monate infolge von Recidiven ein. Die Operation als solche ist also nicht so gefährlich, als man a priori meinen sollte. **Gersuny** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Stamer O'Grady. Two cases of ovariotomy.

(The Dublin Journal of med. science 1874. August.)

Im Anschlusse an 2 selbst operirte Fälle, von welchen 1 genas, der andere nach 24 Stunden zu Grunde ging, giebt Verf. eine Uebersicht sämmtlicher, vom Mai 1848 bis Juni 1874 in Irland vorgenommener Ovariotomieen, deren Details ihm in der Literatur oder durch mündliche Mittheilung zugänglich waren.

Die Tabelle umfasst 53 Operationen mit 15 Heilungen (28,3%). Der lethale Ausgang trat innerhalb der ersten 24 Stunden 9 Mal, am 2. Tage 10 Mal, am 3. 4 Mal, in späterer Zeit 12 Mal ein. In 3 Fällen fehlte das Datum des Todes.

Die näheren Angaben über die einzelnen Operationen sind im Original nachzusehen. **Lossen** (Heidelberg).

Teevan. Large stone in the bladder, lateral lithotomie, death on the twelfth day after the operation.

(Med. tim. and gaz. 1874. Septbr. 19. p. 334.)

64jähr. Arbeiter, seit Jahren an Urinbeschwerden leidend, am 6. Octbr. 1873 im St. Peters Hospital mittelst des Seitensteinschnitts operirt. Der $2^1/_4$ Zoll lange, $4^1/_4$ Zoll im Umfang haltende und 2 Unzen wiegende Harnsäurestein liess sich nur nach wiederholter Erweiterung des Schnittes entfernen. Der Tod erfolgte am 12. Tage. Die Section ergab eitrigen Blasenkatarrh, Thrombose der erweiterten Prostatavenen; die Drüse war in 2 Hälften, die nur durch die fibröse Kapsel zusammengehalten wurden, offenbar bei der vorsichtigen Steinextraction zerrissen. Das Rectum war dicht über dem Anus verletzt; die Nieren gesund. **Ranke** (Halle).

Hofmokl (Wien). Erfahrungen auf dem Gebiete der praktischen Chirurgie.

(Wiener med. Presse 1874. No. 25.)

Ein 8 Monate altes kräftiges Mädchen litt an einer angebornen Gefässgeschwulst der linken Halsgegend, die sich rasch vergrösserte. Dieselbe sass unmittelbar über

den grossen Halsgefässen und erstreckte sich vom linken Unterkieferwinkel bis zur Commissur der Schildknorpel. Die Haut oberhalb derselben dünn, bläulich gefärbt, sehr gefässreich. Die ganze Geschwulst wenig comprimirbar, derb, auf der Halsfascie verschiebbar.

Die Geschwulst wurde in zwei Sitzungen mittelst der elastischen Ligatur abgetragen, am 16. Tage nach der 1. Operation fing das Kind an unruhig zu werden und starb 14 Tage später unter dem ausgesprochenen Bilde der Pyämie. Die Geschwulst erwies sich als ein cavernöses Lipom.

3 Fälle von Verrenkung des Humerus nach unten und vorne reducirte der Verf. auf folgende Weise: starke Rotation des Oberarms nach aussen, dann Elevation gegen den Kopf des Kranken. Nun wurde der Gelenkkopf dort, wo er sich eben befand, fixirt und der Arm rasch nach einwärts rotirt und dabei nach ab- und vorwärts bewegt (combinirte Methode von La Motte und Schinzinger).

Winiwarter (Wien).

P. Coyne. Considérations sur l'état de la pupille pendant la durée de l'anesthésie chloroformique.

(Gaz. méd. 1874. No. 38. p. 469.)

Die Bewegungen der Iris bieten nach zahlreichen von Budin gemachten Versuchen ein zuverlässiges Mittel zur Controlle des Eintritts sowie des Verlaufes der Chloroformanästhesie dar. Es lassen sich 2 Formen der Anästhesie unterscheiden, eine unvollständige, wie sie zu geburtshülflichen Zwecken ausreichend ist, wodurch die Thätigkeit des Uterus nicht beschränkt wird und eine weit tiefere für die chirurgischen Operationen, bei welcher mit der Bewusstlosigkeit eine vollständige Erschlaffung der Muskulatur einhergeht. Den Hauptunterschied zwischen den beiden Formen der Anästhesie bildet die Reflexthätigkeit, die im ersten Falle fortbesteht und die Wehen weiterhin zu Stande kommen lässt, während sie bei der tiefen »chirurgischen« Narkose vollständig aufgehoben ist. Für das Verschwinden und Wiedereintreten der Reflexe giebt nun das Verhalten der Iris den feinsten Massstab ab. Budin's Untersuchungen haben ergeben, dass zu Beginn des Aufregungsstadiums beim Eintritt der Muskelcontracturen die Pupille sich erheblich dilatirt und sich dann mit dem Zunehmen der Anästhesie und dem Nachlass der Excitation wieder mehr und mehr verengert, bis sie einen stärkern Contractionsgrad erreicht hat, als bei vollem Tageslicht. Um diese Zeit besteht noch die reflectorische Thätigkeit der Muskulatur und jeder periphere Reiz löst eine Dilatation der Pupille aus. Erst wenn bei tiefster Narkose durch Aufhören der Reflexthätigkeit die chirurgische Anästhesie erreicht ist, bleibt auch die Pupille gegen jeden peripheren Reiz unempfindlich und unbeweglich contrahirt. Tritt Erbrechen ein, so wird dies sofort durch eine Dilatation der Pupille angezeigt. Die wahrscheinliche Ursache hiervon ist wie in dem Excitationsstadium die Muskelanstrengung, die den Brechact einleitet und begleitet. Das gefährlichste Ereigniss der Chloroformnarkose, die Synkope des Herzens wird ebenfalls durch eine ganz plötzliche Dilatation der Pupille angezeigt.

O. Volkmann (Halle).

Jasinski (Lemberg). Ein Beitrag zur Statistik der durch Kali chloric. geheilten Epithelialkrebse.

(Wiener med. Presse 1874. No. 11.)

Bei einem 68jähr. marastischen Sträfling bestand an der Unterlippe seit 3 Jahren (angeblich infolge eines Insectenstiches) »eine harte, höckrige Geschwulstfläche, welche mit zahlreichen Eiterpuncten bedeckt und von verhärteten aufgeworfenen Rändern eingefasst war«.

Lymphdrüsen hart, angeschwollen. »Die mikroskopische Untersuchung zeigte die bekannten Formelemente des Epithelialcarcinoms«. Solatii causa wurde dem Kranken Kali chloricum täglich auf die Geschwürsfläche aufgestreut — nach 18 Wochen war dieselbe vollständig vernarbt, die Lymphdrüsen abgeschwollen. —

Der Verf. verlor den Kranken aus den Augen, kann also über ein etwa eingetretenes Recidiv nicht berichten. **Winiwarter** (Wien).

Guérin. Vorkommen der intracapsulären Fractur des Oberschenkelhalses.

(Société de chirurgie, 22. Juli. — Gaz. hebdom. 1874. Juli 31.)

G., welcher in einer früheren Sitzung erklärt hat, dass seine, während 12—13 Jahren gemachten Beobachtungen ihn zu der Ueberzeugung gebracht haben, dass bei alten Leuten nach Fall auf den Trochanter eine extracapsuläre Fractur erfolge — während A. Cooper für eine intracapsuläre eintritt —, berichtet, dass er wirklich bei genannter Aetiologie innerhalb 14 Tagen bei 2 alten Frauen intracapsuläre Fracturen beobachtet habe. **Pils** (Stettin).

Sinclair. Vesicale calculus in the female spontaneously expelled.

(The Dublin Journal of med. science 1874. August. p. 182.)

In der Dublin path. society referirte S. über eine Patientin, welche an allen Erscheinungen einer Cystitis litt. Bei der genaueren Untersuchung fühlte man dicht hinter der Vulva einen steinharten Körper. Eine in die Urethra eingeführte Sonde stiess auf einen ziemlich grossen Stein, der in einem Divertikel der Harnröhre lag. Der Urin floss beständig tropfenweise ab. Verf. beschloss, einfach auf den Stein einzuschneiden und dann die Fistel sofort zu schliessen. Als aber die Pat. vor der Operation nochmals mit der Sonde untersucht wurde, glitt der Stein zurück in die Blase. Am anderen Tage abortirte Pat. 3 Wochen später sollte der Steinschnitt ausgeführt werden, als plötzlich während heftigen Drängens der Stein spontan ausgestossen wurde. Seine Länge betrug $2^5/_{16}$ Zoll, seine Dicke $1^1/_4$ Zoll. Die Harnröhre war ungefähr 1 Zoll vor der Mündung durchgerissen. S. wartete 14 Tage, bis die Fistel sich etwas verkleinert hatte und schloss sie dann mit einigen Nähten. Die Heilung erfolgte rasch und Pat. genas vollkommen.
Lossen (Heidelberg).

R. Gersuny. Grosses in die Bauchhöhle hineinragendes Fibrom der vorderen Bauchwand. Operation. Heilung. (Aus der Privatpraxis des Prof. Billroth.)

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 36.)

Ein über 9 Pfund schweres Fibrom, in $2^1/_2$ Jahren gewachsen, von den Fascien des Musc. rectus abdominis ausgegangen und theils mit den anderen breiten Bauchmuskeln, theils mit dem Peritoneum verwachsen, wurde einer 24jähr. Frau exstirpirt, wobei ein handgrosses Stück des Peritoneums und beträchtliche Partieen der Bauchmuskeln mit entfernt wurden. Die Schnittführung durch die Bauchhaut ging vom Nabel zur Symphyse in der linea alba und quer von der Mitte dieses Schnittes über die Geschwulst. Drei Drainageröhren wurden gelegt, der Peritonealdefect par glissement der Ränder extra genäht und die hierzu verwandten Fäden zwischen den darüber liegenden Suturen der Haut herausgeleitet. Da der Blutverlust während der Operation stark gewesen, wurden die unteren Extremitäten durch Rollbinden eingewickelt, um Blut aus ihnen zu den Centralorganen zu führen.
v. Mosengeil (Bonn).

Hay. A case of impregnation without intromission.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 114. p. 210.)

Behandelt eine Schwangerschaft, welche trotz fortbestehender Regel, eines wohlerhaltenen und nur an einer kleinen Stelle perforirten Hymens, einer Gefässgeschwulst der Urethra und intensiven Vulva-Erythems angenommen werden musste.

Incision in's Hymen, Excision der Gefässgeschwulst, Dilatation der Vagina durch Lintcylinder. Nach 6 Monaten wurde ein kräftiger Knabe geboren.

Wilh. Koch (Berlin).

Mauriac. Du traitement de la balanoposthite et du phimosis symptomatiques des chancres simples.

(Bullet. gén. de thérapeut. 1874. August 30.)

Verf. empfiehlt für die locale Behandlung des Ulcus molle eine saturirte Chlorzinklösung, welche mit einem Pinsel aufgetragen wird; sonst enthält der Aufsatz über die Behandlung der genannten Complicationen nur Bekanntes.

Girard (Strassburg i/E.).

Delalain. Eine neue Prothese bei ausgedehnten Gesichtsdefecten.

(Bulletin de l'Académie de Médecine 1874. No. 38.)

In der Sitzung der Academie vom 22. Septbr. stellte D. einen 24j. Artilleristen vor, dem 1870 ein Granatsplitter beide Augen und die Nase weggerissen, beide Oberkieferknochen zerschmettert und den Unterkiefer luxirt hatte und dessen Wunde nach langer Eiterung erst dann schnell und vollständig vernarbte, als Pat. den von D. erfundenen und als »obturateur facial« bezeichneten prothetischen Apparat trug. Dieser Apparat, »dem der Verwundete seine Heilung verdankt«, besteht aus einer Maske, welche aussen die weggerissenen Theile des Gesichts, Augen, Nase und Wangen, darstellt und genau an die Wundumgebung anschliesst, innen aber folgende Theile zeigt:

1) 2 Ventilatoren, bestimmt, den Geruch zu verfeinern;
2) 1 Schwamm zum Aufsaugen der allzu grossen Feuchtigkeit nebeliger Luft;
3) 1 Haarsieb, welches den Staub der Inspirationsluft auffangen soll;
4) 1 Rinne, welche, an die Flügel der künstlichen Nase sich anlegend, nach aussen führt und das Wasser ableiten soll, das die Exspirationsluft mit sich führt.

Durch das Tragen dieser Prothese sei die Respiration normal, der Geruch vollkommen fein und die vorher näselnde Stimme wieder von normalem Klange geworden; auch gestatte der Apparat das Kauen der härtesten Bissen.

Krönlein (Berlin).

Am 22. October d. J. starb plötzlich Herr

Professor Dr. Heppner

in St. Petersburg.

Das Centralblatt für Chirurgie verliert in dem Dahingeschiedenen einen trefflichen und unermüdlichen Mitarbeiter. Wir betrauern aufrichtig den Verlust eines so tüchtigen und strebsamen Mannes, der sich auch in Deutschland durch seine wissenschaftlichen Arbeiten einen guten Namen erworben hatte. Wir bewahren ihm ein dankbares Andenken.

Die Redaction.

Berichtigung:

S. 502, Z. 7 v. u. lies: B. 29, p. 296 statt B. 27.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. **Sonnabend, den 21. November.** **1874.**

Beitrag zur Lehre vom Mechanismus der Brucheinklemmung.

Von

Prof. W. Busch.

Während des diesjährigen Chirurgen-Congresses hat Herr Lossen einen höchst interessanten Vortrag über den Mechanismus der Brucheinklemmung gehalten (Centralblatt für Chirurgie No. 4, Langenb. Archiv XVII, p. 301). Da ich mich vor Jahren mit demselben Gegenstande beschäftigt habe und da Herrn Lossen's Ansicht in einigen Puncten von der meinigen abweicht, so habe ich den Vorgang noch einmal geprüft.

Das Eintreten der Obturation haben wir Beide bei unseren Experimenten in derselben Weise gesehen. Wird plötzlich Wasser oder Luft in eine durch einen Ring gezogene Darmschlinge getrieben, so

bläht sich die Schlinge auf, zieht anfangs am ausführenden Schenkel noch etwas Darm in den Ring hinein, aber die Wände des ausführenden Schenkels liegen im Bruchringe so innig aneinander, dass kein Tropfen Flüssigkeit passiren kann. In der Erklärung dieses merkwürdigen Phänomens weichen wir Beide von einander ab. Ich hatte die Sache so aufgefasst, dass die plötzliche Füllung des Rohres den Darm gerade zu strecken versuche und dadurch denselben an der Umbiegungsstelle im Bruchringe abknicke. Herr Lossen hingegen sagt ausdrücklich, dass die Abknickung des Darmes nicht die Ursache, sondern die Folge des Verschlusses sei. Nach seiner Auffassung ist der Vorgang folgendermassen. Durch das plötzliche Einströmen von Flüssigkeit oder Luft wird der zuführende Schenkel der Bruchschlinge zuerst gebläht. Im engen Bruchringe werden durch die Blähung des zuführenden Schenkels die Wände des ausführenden Schenkels der Schlinge auf einander gedrückt. Diese Compression des ausführenden Schenkels ist nach Herrn Lossen, wenn ich denselben richtig verstanden habe, die Ursache des Verschlusses. Meiner Ansicht nach ist diese Auffassung nicht richtig und zwar aus folgendem Grunde.

Wenn nicht, wie es in der That der Fall ist, eine andere Ursache, nämlich die Abknickung des Rohres, den Verschluss am ausführenden Schenkel herbeibrächte, so würde der weitere Verlauf folgendermassen sein. Sobald die eintretende Masse den Scheitel der Schlinge überschreitet und den aufsteigenden Schenkel erreicht, würde sie hier denselben Seitendruck gegen die Wände üben, wie in dem zuführenden Schenkel (abgesehen von den Reibungswiderständen, welche die Wände der Masse entgegensetzen). Bei hohem Druck und kleiner Schlinge sind aber diese Reibungswiderstände im Verhältniss verschwindend klein. Wenn dann die Masse in dem ausführenden Schenkel bis in die Ebene des Bruchringes gelangt sein würde, so würde sie hier also annähernd mit derselben Kraft wie in dem zuführenden die mesenteriale Wand von der gegenüberliegenden abdrücken und das Lumen des ausführenden Rohres würde dem des einführenden annähernd gleich sein. Die Flüssigkeit oder die Luft würde ausströmen.

Als Probe für die Richtigkeit der Ansicht des Herrn Lossen oder meiner dient folgendes Experiment. Man füllt eine durch einen engen Bruchring gezogene Darmschlinge plötzlich, während man die Blähung des zuführenden Schenkels im Ringe unmöglich macht. Man erreicht dies dadurch, dass man die Kanüle der Spritze bis über den Bruchring hinaus in den zuführenden Schenkel schiebt und hier einbindet. Jetzt kann die Schlinge sich erst unterhalb des Bruchringes füllen, aber dennoch kommt der Verschluss am ausführenden Ende zu Stande, indem die Abknickung des Darmes eintritt.

Ein anderes Experiment zeigt, dass derselbe Mechanismus, wie bei der Bruchschlinge, bei einer Anzahl innerer Einklemmungen die Obturation hervorbringt. Wenn man oberhalb einer starken Stenose

des freien Darmrohres (wo also vom Drucke einer zuführenden Schlinge nicht die Rede ist) den Darm plötzlich füllt, so bläht sich der Darm bis zum Platzen, aber kein Tropfen passirt die Stenose, indem die Wände des Darmes innerhalb derselben infolge der Abknickung eng auf einander gezogen werden. Ein von der peripheren Seite eingeführter elastischer Katheter passirt hingegen die Stenose mit Leichtigkeit, indem er die Achse des geknickten Darmes gerade streckt und lässt die Flüssigkeit oder die Luft abfliessen. Ebenso kann man von der prallen Seite her die Flüssigkeit durch die Stenose treiben, sobald es gelingt, dem Darme die Richtung zu geben, dass die Achse des geknickten Rohres gerade gerichtet wird.

Die nähere Beschreibung dieser und ähnlicher Experimente, die Besprechung der dabei in Betracht kommenden physikalischen Vorgänge, die Beschreibung des Zustandes des zuführenden Schenkels der Bruchschlinge, die Wichtigkeit seiner Blähung bei weiter Bruchpforte u. s. w. werde ich ausführlich an einem anderen Orte geben, um den Raum dieses Blattes nicht über Gebühr in Anspruch zu nehmen. Vorläufig erlaube ich mir nur Folgendes festzustellen:

1) Die Obturation des Bruches beginnt mit dem Verschlusse des ausführenden Schenkels der Schlinge.

2) Dieser Verschluss erfolgt durch die Abknickung des Darmrohres am Bruchringe.

3) Die Abknickung ist die Folge des Zuges, welcher die gefüllte, sich gerade streckende Bruchschlinge an dem ausführenden Schenkel ausübt.

4) Die Streckung des Rohres ist wesentlich die Folge des grösseren Drucks, wechen die grössere Oberfläche der freien Darmwand im Vergleiche zur mesenterialen Wand auszuhalten hat.

Bergmann. Die Lehre von den Kopfverletzungen.

(Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, redigirt von v. Pitha und Billroth, III. Bd. 1. Abthlg. 1. Lieferung, 1. Hälfte.)

Die Forschung der letzten zwanzig Jahre hat auch nach den umfassenden Bruns'schen Arbeiten keinen Augenblick aufgehört, die schwierige und dunkle Lehre der Hirnverletzungen von den verschiedensten Seiten in Angriff zu nehmen und es waren namentlich deutsche Untersuchungen, welche die dunkelsten Abschnitte des dunkeln Gebiets, die Hirnbewegungen, die circulatorischen und die Druckverhältnisse des Schädelinnern, andererseits die anatomische Vertheilung der Lymphbahnen und Lymphsinus, die Symptomengruppen des Gehirndrucks, der Gehirnquetschung und Erschütterung immer von Neuem analysirten und wenn auch nicht zum Abschluss brachten, so doch auf Wege lenkten, welche die stetig sich weiter entwickelnde Disciplin vorläufig nicht wieder verlassen kann.

Ein Blick in das, wie es scheint, wenig gekannte, aber mit nicht gewöhnlicher kritischer Schärfe geschriebene Buch von Althann

(Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Circulation. I. Abthlg.: Der Kreislauf in der Schädelhöhle. Dorpat 1871) lehrt, welche Mühe es gekostet hat, gerade hier nur erst die einfachsten physikalischen Thatsachen zu richtiger Anwendung zu bringen, wie gerade in diesen Dingen die Ansichten zunächst um so unversöhnlicher auseinander zu gehen schienen, je allgemeiner das Interesse sich denselben zuwendete.

Es war von dem Herrn Verfasser vorauszusetzen, dass er das eben angedeutete Gebiet berührende Arbeiten von Donders, Leyden, Jolly, Pagenstecher, Manz, Leidesdorf, Schwalbe u. v. A. in sorgfältigster Weise benutzen würde; wir müssen ihm dankbar dafür sein, dass er es unternahm, die Resultate derselben durch eigenes Weiterarbeiten auf eine höhere Stufe zu heben. Wir können es nur als einen glücklichen Griff bezeichnen, dass er den Bemühungen Althann's bezüglich einer richtigeren Würdigung des Kreislaufes in der Schädelhöhle sich eng angeschlossen und damit zunächst ein Gegenstück gegen die jetzt geläufige Schulsymptomatologie des Hirndrucks gewonnen hat.

Der Abschnitt über »die Störungen des Kreislaufes in der Schädelhöhle infolge von Verletzungen« weist zunächst nach, dass von den 3 Componenten des Schädelinhaltes nur das Gehirn in seinem Volum unveränderlich ist, unveränderlich wenigstens in dem Sinne, dass niemals in acuter Weise durch Compression seine Substanz sich mindern kann, da schon der vierte Theil desjenigen Drucks, welcher die Nervenmasse um nur $^{1}/_{25000}$ ihres Volums verkleinert, das Leben schnell vernichtet.

Den Ausgleich jeder, namentlich aber der plötzlichen Raumbeschränkung des Schädelinnern übernimmt der Liquor cerebrospinalis, indem er gegen den Rückgratskanal gedrängt wird und dessen Lumen durch Hervorbuchtung des Lig. atlantis ant. und post., der Ligg. flava, der Scheiden der Durchgangsgebilde in den Intervertebrallöchern u. s. w. erweitert. Er besorgt demnach für die, bei jeder Systole und Diastole, sowie bei der In- und Exspiration wechselnde Blutmasse den nöthigen Raum und verlässt die Schädelhöhle in viel grösserer Quantität bei der pathologischen Vermehrung der Hirnblutmenge, sowie bei allen Störungen, die unmittelbar oder mittelbar das Schädelinnere beengen. Unter letzteren Verhältnissen wird demgemäss (da bei stärkerer Hervorbuchtung der Wirbelligamente auch deren elastische Momente in grössere Wirksamkeit kommen) seine Spannung, oder was dasselbe ist, der intracranielle Druck über die Norm, in seltensten, das Leben unmittelbar bedrohenden Fällen soweit steigen, dass er dem Binnendruck der Carotis ohngefähr sich nähert. (Den normalen intracraniellen Druck hat Leyden, wohl zu niedrig, auf 8—9 Mm. Hg. angegeben.) Weit vor der Erreichung excessiver Druckhöhen leidet die Blutlüftung und Ernährung des Gehirns in Folge von Verlangsamung der Capillarcirculation und diese allein ist es, von welcher die Symptome der Hirnhyperämie in ihren verschiedenen For-

men, als auch die des Hirndrucks in erster Linie abhängen, mag letzterer von einem Blutextravasat, von Brüchen mit Impression, von Fremdkörpern, oder den anderen genugsam bekannten Ursachen eingeleitet werden.

Demgemäss sollte das Bestreben, die Hyperämie dem Hirndruck und beide der Anämie (bei welcher ebenfalls eine Verlangsamung der Capillarcirculation stattfindet) bezüglich der Symptome principiell entgegenzustellen, aufgegeben werden. Damit ist jedoch nicht behauptet, dass den Erscheinungen aller drei Reihen die Mannigfaltigkeit fehlt, die u. A. von dem Grad und der Schnelligkeit des Eintritts der Störung, von der verschiedenen Empfindlichkeit verschiedener Hirnprovinzen u. s. w. abhängt; ja es wäre weiter zu betonen, dass, weil die drückenden Momente selten so gleichmässig zur Geltung kommen, wie die circulatorischen Störungen, beim Hirndruck neben den diffusen Symptomen event. auch Heerdsymptome in die Erscheinung treten können. Hätte nämlich die Hirnsubstanz den Aggregatzustand des Liquor cerebri, so müsste sich jeder Druck, er treffe, wo er wolle und ziele, wohin er wolle, gleichmässig nach allen Seiten fortpflanzen. Als fester Körper muss aber die gedrückte Hirnstelle immer einen grösseren Druck zeigen, als ihre Nachbarschaft und diese wieder einen bedeutenderen, als die entfernteren Partieen. Allerdings wird also jener der drückenden Stelle zunächst befindliche Hirntheil immer am meisten afficirt, jedoch nur dadurch, dass in ihm die Circulation mehr als in der Umgebung herabgesetzt wird.

Man sieht, wie durch diese Deductionen, die Ref. nur in einigen allergröbsten, wesentlich die negirende Seite herauskehrenden Umrissen geben konnte, der in den Lehrbüchern bisher als etwas ganz Eigenartiges hingestellten Symptomatologie des Hirndrucks so ziemlich aller Boden entzogen wird.

Nicht viel besser ergeht es dem Schema, nach welchem wir die Hirnquetschung zu vermuthen gewöhnt waren. In klarster Weise wird dargethan, dass dasselbe rein theoretischen Raisonnements seine Entstehung verdankt und dass die Diagnose dieser Verletzung zweierlei zunächst im Auge zu behalten hat. Erstens nämlich den Umstand, dass jedes den Schädel treffende Trauma den Kreislauf in seinem Innern in folgenschwerer Weise stört, zweitens die Thatsache, dass die contundirten Stellen meist an der Convexität gelegenen, jedenfalls begrenzten und herdartig veränderten Hirnpartieen entsprechen. Aus der ersteren Thatsache folgen Symptome, welche sich auf eine Alteration aller oder wenigstens der wichtigsten Hirnfunctionen beziehen, aus der zweiten Störungen nur ganz bestimmter, localisirter Natur. Die durch Broca's, Hitzig's und Fritsch's Arbeiten, wenigstens für die Hirnconvexität in ihren Anfängen gesicherte Localdiagnose dieser Verletzung giebt erst die Diagnose der Hirncontusion.

Bezüglich der Hirnerschütterung ist die Lehre derjenigen acceptirt worden, welche dieselbe als von einer Parese des vasomoto-

rischen Hirncentrums abhängig betrachten. Die neueren experimentellen Untersuchungen haben das Unhaltbare dieser Auffassung erwiesen.

Die gelegentlich der Menière'schen Krankheit angeführte Behauptung, dass die Verletzung der Bogengänge im Ohr ohne gleichzeitige Hirnläsion, keinen Reitbahngang, keine Gleichgewichtsstörungen u. s. w. im Gefolge hat, dürfte der Herr Verf. im Hinblick auf die Arbeiten gerade der beiden letzten Jahre heute wohl etwas weniger schroff formuliren, auch kann es nur als ein besonderes, den mit der Branche Vertrauten übrigens nicht auffälliges Unglück im Experimentiren bezeichnet werden, wenn keiner der von Lewisson beschriebenen Versuche über Reflexparalysen in Dorpat gelingen wollte.

Ref. hat nur einige wenige derjenigen Ausführungen des interessanten Buches skizzirt, welche gegen heute vielfach geglaubte, aber theilweise unhaltbare Anschauungen besonders lebhaft ankämpfen. Er betont weiter, dass auch in den sämmtlichen anderen Capiteln die casuistischen und experimentellen, nach dem Erscheinen des Bruns'schen Werkes in allen Ländern zahlreich gelieferten Einzelmittheilungen, sorgfältige Verwerthung gefunden haben, und dass die verdienstliche Arbeit somit auch einen Ueberblick über den augenblicklichen Stand der Lehre von den Kopfverletzungen zu geben, im hohen Grade geeignet ist. **Wilh. Koch** (Berlin).

Bowditch und **S. Minot.** The influence of anaesthetics on the vasomotor centres.

(The Boston med. and surg. Journal 1874. May 21.)

Curarisirte Thiere, bei denen nach electrischer Reizung des Nerv. saphenus der Blutdruck um 30—60 Mm. Hg. in die Höhe ging, zeigten, sobald sie Aether zu athmen gezwungen wurden, im Anfang bisweilen prononcirtere Steigerungen, später aber immer nur Hebungen, welche die vor der Aetheranwendung (an demselben Thier natürlich) erzielten niemals erreichten.

Viel stärker wirkt in dieser Beziehung das Chloroform, insofern es bisweilen gar keine Steigerungen, meistens aber nur solche zu Stande kommen lässt, welche $^1/_3$—$^1/_2$ derjenigen ausmachen, welche vor der Narkose nachgewiesen werden konnten.

Diese Abminderung in der Stärke des Reflexes kann nur abhängen: 1) von einer Veränderung der Erregbarkeit der zum vasomotorischen Centrum leitenden (sensiblen), oder von demselben zu den Gefässen ziehenden Nerven, oder 2) von einer ebensolchen des Centrums selber.

Nun zeigte Nawalichin (Centralbl. für die med. Wissenschaft 1870, p. 483), dass gleichzeitige Compression beider Carotiden eine erhebliche Blutdrucksteigerung bedingt, die von einer Erregung des vasomotorischen Hirncentrums durch die in demselben künstlich ein-

geleitete Anämie abhängt. An einem curaresirten Hunde, bei dem diese Erscheinung präcise eintrat, blieb sie nach Chloroformanwendung vollkommen aus, oder zeigte sich nur in ganz geringer Stärke.

Da nun auch nach anderweitigen Arbeiten eine Alteration der vasomotorischen und sensiblen Nerven ausgeschlossen werden kann (siehe die Abhandlung des Ref. in der Sammlung klin. Vorträge von R. Volkmann, No 80, p. 11), so berechtigt obiges Experiment zu dem Schlusse, dass Chloroform direct die Erregbarkeit der vasomotorischen Ganglien in der Medulla oblongata erheblich herabsetzt.

Weiter kommt normaliter nach sensibler Reizung unter Vermittlung des Vagus (nicht ausschliesslich, Ref.) eine Verminderung in der Frequenz der Herzschläge zu Stande, welchen bisweilen kurzdauernde Beschleunigungen voraufgehen. Unter Aether wurde diese reflectorische Verlangsamung meistens nicht beobachtet und in Fällen, in denen der Herzschlag sich vor der Verlangsamung beschleunigte, geschah dies nach der Aetheranwendung in markirterer und länger anhaltender Weise. Chloroformversuche in dieser Richtung blieben unentschieden.

Bezüglich des Blutdrucks wird kurz angeführt, dass, während Chloroform ausnahmslos eine Herabminderung desselben um 8—37 Mm. Hg. herbeiführt, Aether im Gegentheil eine Blutdrucksteigerung zwischen 9—51 Mm. Hg. veranlasst, der nur bisweilen (?? Ref.) eine Minderung bis um 6 Mm. Hg. folgt. **Wilh. Koch** (Berlin).

L. Panum. Das putride Gift, die Bacterien, die putride Infection oder Intoxication und die Septikämie.

(Virch. Archiv Bd. LX. p. 301.)

P. giebt als Einleitung dieses Aufsatzes eine kurze Mittheilung über seine persönlichen Beziehungen zu den diese Themata betreffenden Fragen, speciell über seine in Deutschland nur unvollständig bekannt gewordene, bereits 1856 in der dänischen Zeitschrift Bibliothek for Laeger (April, p. 253—285) erschienene Arbeit. Die dort bereits enthaltenen Untersuchungen und Thatsachen scheinen ihm ganz besonders geeignet, die jetzt auf die Tagesordnung gebrachte Frage aufzuklären: ob und in wie fern die in faulenden Flüssigkeiten in der Regel vorhandenen mikroskopischen Organismen (namentlich die Bacterien) die bei der sogenannten Septikämie auftretenden Symptome verursachen oder nicht? P. widerlegt zuerst einige Gründe, welche von Andern für die Ansicht, als seien die Bacterien Ursache der Septikämie, beigebracht worden sind. Dann lässt er den Bericht über seine Untersuchungen folgen, die direct dieser Hypothese widersprechen.

Nach einer längeren theils referirenden, theils kritisirenden Darstellung der Ansichten seiner Nachfolger auf diesem Gebiete, versucht P. die zur Zeit mehr oder weniger beliebten Theorieen und Meinun-

gen zu einer einzigen Hypothese zu combiniren. Das in faulenden Flüssigkeiten und Geweben sowohl, als im Dickdarminhalt vorhandene, eigenthümliche, chemische, jedenfalls nicht aus Eiweissstoffen bestehende, vielmehr den Pflanzenalkaloiden analoge putride Gift, das, wahrscheinlich aus mehreren giftigen Stoffen zusammengesetzt, nicht flüssig, nicht durch Kochen zerstörbar, im Wasser löslich, durch absoluten Alkohol und durch verschiedene andere Stoffe aus seiner Lösung ausgefällt und durch Zerlegung des Niederschlages wieder in andere Verbindungen übergeführt werden kann, ruft, wenn es in das Blut gelangt, eine bestimmte Symptomengruppe, die putride Intoxication hervor. Dieses Gift wird vielleicht durch den Lebensprocess der Bacterien erzeugt (Bacterium termo). Vielleicht ist es geradezu ein Secretionsproduct derselben, während man es sonst als ein Zerlegungsproduct der Eiweisskörper oder ihrer nächsten Abkömmlinge betrachten könnte. Die Fäulniss erregenden Bacterien können im Blute nicht fortexistiren oder sich vermehren, bevor nach dem Tode ein gewisser Zersetzungsgrad eingetreten ist, dessen Eintritt durch die Gegenwart des putriden Giftes ausserordentlich beschleunigt wird. Das putride Gift kann aber mit oder ohne Bacterien, auch während des Lebens, namentlich von Wunden aus in das Blut gelangen und hier die eigenthümlichen Zeichen der putriden Intoxication hervorrufen, wobei Bacterium termo jedoch nicht während des Lebens im Blute aufzutreten scheint. Diese einfache putride Infection scheint nicht impfbar zu sein. Ein, wie es scheint, von dem als Fäulnisserreger betrachteten Bacterium termo verschiedener, specifisch pathogener Pilz, Microsporon septicum (Klebs), der sich besonders im Eiter (und Blut) vielleicht unter prädisponirender Vermittlung des putriden Giftes entwickelt, scheint sich dagegen schon während des Lebens im Blute und in den Geweben stark vermehren zu können und theils vielleicht durch Production eines besonderen Giftes, theils vielleicht auf mehr mechanische Weise durch sein massenhaftes Eindringen und unter Umständen durch seine reizende Wirkung auf die Gewebe, Entzündung, Eiterung und Fieber zu erregen. **Madelung** (Bonn).

E. Tiegel. Ueber Coccobacteria septica (Billroth) im gesunden Wirbelthierkörper.

(Virch. Archiv Bd. LX. p. 453.)

Das wesentlichste Resultat der T.'schen Arbeit ist die Bestätigung eines Theiles der Billroth'schen Untersuchungen über die Vegetationsformen von Coccobacteria septica. T. ging von der Frage aus: kommen in gesunden Körpern keine oder andere Pilz- oder Algenformen vor, als in erkrankten? Das Resultat seiner, den ersten Theil dieser Frage betreffenden Untersuchungen war positiv, d. h. auch im gesunden Körper können Keime der von Billroth Coccobacteria septica genannten Alge vorhanden sein, am häufigsten Megalo- und

Mesobacterien (Billroth). Unzweifelhafte Coccosformen sah T. nur 1 Mal. In Pankreas, Leber, Milz, Speicheldrüsen, Lymphdrüsen, Hoden, im Muskelfleisch und im Blut können sich, wenn dieselben nach T.'s Methode in Paraffin eingeschmolzen, in einer Temperatur zwischen 20^0 und 30^0C gestanden haben, in der Zeit von 4—12 Tagen Bacterien entwickelt haben. Am häufigsten ist dies der Fall im Pankreas, am seltensten im Blut. Ueber die genau beschriebene Untersuchungsmethode, über die Zurückweisung der gegen dieselbe etwa vorzubringenden Einwände siehe das Original. **Madelung** (Bonn).

E. Schlumberger. Contributions à l'étude de la gangrène infectieuse.

Inaug.-Diss. Strassburg. 1874.

Verf. kommt nach einer Reihe von Versuchen an warm- und kaltblütigen Thieren zu folgenden Resultaten.

Der putride Brand, ein durch Micrococcen in abgestorbenen Gewebstheilen bedingter Gährungsprocess, kann den ganzen Organismus auf zweierlei Weise inficiren.

Die Micrococcen dringen aus dem brandigen Herd in die Blutbahnen ein, wo sie sich vermehren und septische Zersetzungen einleiten, aber wahrscheinlich nur unter der Mitwirkung gewisser mit aufgenommener putrider Stoffe.

Oder die Resorption von chemisch löslichen Producten, welche in den brandigen Theilen durch die Einwirkung der niederen Organismen entstanden, ist so lebhaft, dass diese toxischen Stoffe den Organismus tödten, bevor letztere auf irgend eine Weise selbst einwandern konnten. Im ersten Fall lassen sich die Micrococcen in den Geweben und Gefässen nachweisen, während im zweiten die Section ein absolut negatives Resultat ergiebt. **Girard** (Strassburg i/E.).

P. Langerhans. Ueber die accessorischen Drüsen der Geschlechtsorgane.

(Virch. Archiv Bd. LXI. Hft. 2. p. 208.)

L. untersuchte die secretorischen Elemente der genannten Drüsen vor und nach dem Eintritt der Pubertät, um einen Einblick in die Veränderungen zu gewinnen, welche in denselben mit dem Anhang der secretorischen Thätigkeit vor sich gehen. Die kindliche und die erwachsene Vorsteherdrüse sind deutlich unterschieden. Die Umwandlung geht zwischen dem 4. und dem 16. Lebensjahre vor sich. Die Prostatadrüsen des Erwachsenen sind acinöse Drüsen mit zweischichtigem Epithel ohne isolirbare Propria. Beim Neugeborenen sind die Beziehungen beider Zellenreihen zu einander und zu dem Bindegewebe die gleichen. Die wesentlichen Differenzen finden sich an der

dem Lumen zugekehrten Kuppe der hohen Cylinderzellen der oberen Lage. Dieselbe ist beim Kinde nur ein kleiner, relativ unbedeutender Aufsatz über dem Kerne; beim Erwachsenen macht sie die halbe Höhe der Zelle aus. Das Protoplasma dieser Zellen erscheint beim Neugeborenen mehr homogen. In den Cylinderzellen der erwachsenen Drüse finden sich meist einige grössere, gelbe Granula. Dieselben fehlen in der kindlichen gänzlich. Dasselbe gilt von den Ausführungsgängen der Acini. In der Prostata des Kindes fehlen die bekannten Concretionen vollständig. Im mittleren Alter sind sie selten, beim Greise sehr zahlreich. Die grösseren Concretionen erfordern eine Ausdehnung der Drüsenläppchen und damit Hand in Hand gehend eine Höhenabnahme der Cylinderzellen (Druckatrophie). So kann in einzelnen weitesten Bläschen das Epithel auf eine einfache Lage pflasterförmiger Elemente reducirt werden. Diese Veränderung ist jedoch nur auf Theile des Organs beschränkt. Das Vas deferens und seine Divertikel zeigen an denjenigen Zellen des Epitheliums, welche mit einem Theile ihres Körpers die freie Oberfläche erreichen, einen feinen, stark glänzenden Saum, offenbar eine Cuticula. Diese verschwindet im Laufe des Lebens. Beim Erwachsenen sind die Zellen grösser, hauptsächlich breiter, nicht so übereinander gehäuft. Erst nach der Pubertätsentwicklung tritt die charakteristische Pigmentirung ein. Im ganzen Vas deferens und seinen Divertikeln finden sich grössere Zellen zwischen den anderen Epithelien zerstreut. Diese erklärt L. entwicklungsgeschichtlich als übereinstimmend mit den Primordialeiern des oberflächlichen Ovarialepithels, als mikroskopische Rudimente des ursprünglichen Hermaphroditismus.

Die Cowper'schen Drüsen mögen zwar eine wesentliche Vergrösserung zur Pubertätszeit erfahren, im Bau gleicht jedoch die des Neugeborenen in jedem Detail der des Erwachsenen.

Madelung (Bonn).

E. Fleischl. Von der Lymphe und den Lymphgefässen der Leber.

Aus dem physiolog. Institut zu Leipzig. Vorgelegt von C. Ludwig in der mathem. phys. Classe der Kgl. sächs. Gesellsch. d. Wissensch. am 8. Mai 1874 (siehe Ber. dieser Gesellschaft für 1874).

Die Thatsache, dass nach Unterbindung des ductus choledochus, der Inhalt derjenigen Lymphgefässe, welche aus der porta hepatis in die cisterna chyli gehen, gelblich tingirt wird, veranlasste F. zu einer Reihe von Versuchen, in denen nach Unterbindung des Hauptgallenganges, aus dem ductus thorac. grössere Mengen Lymphe und hierauf durch Verblutung des Thieres das Blutserum auf der Centrifuge zur vergleichsweisen chemischen Untersuchung auf Gallensäuren gewonnen wurden. Wenn die Versuchsbedingungen wirklich erfüllt waren, d. h. wenn es gelang, jegliche Lymphzufuhr zu dem Blutstrome zu verhindern, so enthielt die Lymphe eine beträchtliche Menge Gallen-

säuren, das Blut nicht eine Spur davon. Verf. glaubt sich daher zu dem Satz berechtigt, dass die Galle, wenn ihre natürlichen Durchflusswege verstopft sind, in die Lymphbahnen der Leber und von da ausschliesslich durch den ductus thoracicus in das Blut übertritt. Ist ausser dem Gallengang auch noch der Milchbrustgang unterbunden, so gelangt die Galle entweder gar nicht, oder nur spurweise in das Blut.

Es knüpft sich hieran eine Untersuchung über diejenigen anatomischen Einrichtungen der Leber, welche obigen Uebertritt der Galle in die Lymphgefässe begünstigen. Leider ist hier Verf. noch zu keinem die Angelegenheit völlig klärenden Abschluss gekommen und beschränkt sich hauptsächlich auf höchst werthvolle Mittheilungen über Methoden, durch welche es gelingen dürfte, die Lymphgefässe der Leber in ihrem Verhältniss zu dem Bindegewebe und den Gallencapillaren der Leberinseln genauer darzustellen. **Lesser** (Berlin).

Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden, vom Jahre 1873.

(**Im Auftrage des hohen Ministeriums veröffentlicht durch die Krankenhausdirection.** Wien 1874.)

Aus der schematischen Statistik heben wir nur folgende Daten heraus: Es wurden im Ganzen im Jahre 1873 3569 Männer und 2400 Weiber im obigen Krankenhause behandelt, davon auf zwei chirurgischen Abtheilungen: 1) an Gehirnerschütterung 9 Männer, 3 Weiber, alle der Arbeiterbevölkerung angehörig; 2) an Quetschungen 126 M., 16 W.; 3) an Stichwunden 16 M. (12 geheilt, 1 gebessert, 3 gestorben); 4) an Schnittwunden 42 M., 5 W. (1 M. gestorben); 5) an Risswunden 32 M., 1 W. (3 M. gestorben); 6) an Quetschwunden 85 M., 8 W. (5 M., 1 W. gestorben); 7) an Bisswunden 8 M., 1 W. (1 M. gestorben); 8) an Knochenbrüchen 174 M., 30 W. (29 M., 3 W. gestorben); 9) an Verrenkungen 9 M., 6 W.; 10) an Verstauchungen 19 M., 6 W.; 11) an Verbrennungen 20 M., 10 W. (4 M., 1 W. gestorben); 12) an Erfrierungen 2 M., 1 W.; 13) an Selbstmordversuchen: 2 M., 1 W. durch Schnitt, 1 M. durch Schuss, 1 M. durch Erhängen; endlich an Augenkrankheiten im Ganzen 208 Individuen.

An diese nur für ganz allgemeine Gesichtspuncte verwerthbaren Notizen schliessen wir Angaben über die bedeutenderen der vorgekommenen chirurg. Operationen. Es wurde u. A. ausgeführt: Ligatur der A. subclavia bei 1 M. (tödtlicher Verlauf), Ligatur der A. brach. bei 1 M. mit Erfolg, Ligatur der A. radialis bei 1 M. und 1 W. und Ligatur der A. temp. bei 1 M., in allen 3 Fällen mit günstigem Ausgang. Eine Transfusion mit defibrinirtem Blut wegen Anämie nach Zerquetschung beider Oberarme bei 1 M., Tod nach 14 Tagen, ferner eine directe Transfusion aus der Carotis des Hammels, zum Theil missglückt wegen Unzulänglichkeit der Vorrichtungen. Der Mann starb noch am Operationstag selbst. — Eine Neurotomie des Ramus III. N. trig. lieferte Heilung bei 1 M., eben so günstig ver-

lief die Resection eines Oberkiefers und die eines Unterkiefers. 2 Exarticulationen des Oberarms und 1 Exartic. der rechten Hand, alle drei bei M. endeten tödtlich. Eine Operation nach Chopart und eine nach Lisfranc (beide bei W.) wurden geheilt. Unter den Amputationen des Oberarms sind 5 Heilungen bei M. und 1 tödtlicher Fall (Amput. beider Oberarme bei 1 M., siehe Transf.) verzeichnet. — 1 W. starb nach Amputation eines Fingergliedes. — Die Amput. des Oberschenkels endete 3 Mal tödtlich, 1 Mal in Heilung (4 M.); in 9 Fällen (M.) von Amput. cruris erfolgte 3 Mal Heilung und 6 Mal der Tod. Eine Amput. nach Pirogoff bei 1 M. verlief günstig. — Die Aspiration mit Dieulafoy's Apparat lieferte bei Synovitis serosa genu Heilung bei 3 M., bei Pleuraexsudaten 2 Heilungen und 1 Mal Besserung (3 M.). Die Herniotomie bei H. inguin. incarc. bei 2 M., 1 W. ausgeführt, verlief bei 1 M. tödtlich; unter 4 operirten Schenkelbrüchen bei Weibern verliefen 3 Fälle tödtlich, 1 Fall in Heilung. Die Operation der Fistula ani lieferte in 8 Fällen (7 M. 1 W.) Heilung, dagegen starb 1 M. nach forcirtem Kathetrismus wegen Harnröhrenstrictur. Hydrocele wurde geheilt 2 Mal durch Jodinjection, 2 Mal durch Injection von absolutem Alkohol, 1 Mal durch Injection von einer Lösung von Zinc. sulphur. — Ein Papilloma uteri lieferte nach Cauterisation mit Ac. chromicum, wie öfters, Tod durch Diphtheritis vaginae. Eine Scheidenmastdarmfistel wurde durch Naht dauernd verschlossen.

Ullersperger (München).

M. Guéniot. Tumeurs érectiles guéries.

(Société de chirurgie, séance du 21 Janvier. Gaz. des hôpitaux 1874. No. 25.)

G. stellt in der société de chirurgie ein Kind vor, bei welchem er 2 erectile Tumoren entfernt hatte. Die eine Geschwulst sass in der Haut und im subcutanen Zellgewebe zwischen den Augenbrauen und wurde mehrere Male mit der Wiener Aetzpaste, dann mit der Ligatur (nach Rigal de Gaillac) und schliesslich mit energischen, täglich vorgenommenen Cauterisationen mit Nitras argenti behandelt. Der zweite Tumor, welcher nur in der Haut der Kopfschwarte seinen Sitz hatte, wurde sehr leicht vermittelst der Aetzpaste entfernt.

Im Allgemeinen ist die Anwendung der Wiener Aetzpaste nur für solche Tumoren angezeigt, die nicht bis in das subcutane Zellgewebe reichen, für voluminösere Angiome ist die Ligatur vorzuziehen. Was den therapeutischen Werth der Vaccination anlangt, so ist derselbe sehr beschränkt, wenn man dieselbe bei Angiomen anwendet, die nicht ausschliesslich in der Haut ihren Sitz haben. In zwei Fällen von Angiomen bei Kindern wurde die Vaccination ohne Erfolg angewandt.

Chassaignac hat die erectilen Tumoren stets mit dem Écrasement linéaire erfolgreich behandelt. Paulet und Guyon haben auf caustischem Wege 3 Angiome entfernt, indem sie zuerst mit der

Wieuer Paste einen oberflächlichen Aetzschorf bildeten und dann stärker wirkende Caustica, z. B. Chlorzink anwandten.

Tillmanns (Leipzig).

F. W. Goss (Roxbury). The dressing of wounds.

(The Boston med. and surg. Journal 1874. Vol. XCI. No. 4. p. 73.)

In einem Vortrag vor der Massachussetts Medical Society hebt G. hervor, dass innerhalb weniger Jahre zwei Extreme der Wundbehandlung, die occlusive und die offene, empfohlen worden seien. Unter die Occlusivverbände rechnet er Lister's antiseptischen, Guerin's Watteverband (mit welchem Rechte? Ref.) und die Immersion der Glieder in kaltem oder warmem Wasser. Ueber erstere Verbandweise spricht er sich, hauptsächlich gestützt auf die Berichte von Wood und Thompson, nicht günstig aus. Der Immersionsmethode jedoch redet er das Wort. Was die offene Wundbehandlung betrifft, so theilt er die von Krönlein (Die offene Wundbehandlung, Zürich 1872) veröffentlichten Resultate mit. Eigene Erfahrungen stehen dem anscheinend jugendlichen Verf. durchaus nicht zu Gebote.

A. Burger (London).

Suesserot. Whisky as an antiseptic dressing.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 149. p. 774.)

S. bestätigt die von vielen Seiten und auch von Blair (Glasgow med. Journal, Febr. 1870) über die antiseptischen Eigenschaften des Mittels gemachten Angaben. Zudem soll es auf die Granulation leicht stimulirend, auf die gesammte Wundfläche in Folge seiner leichten Verdunstbarkeit kühlend einwirken und namentlich bei Riss- und Quetschwunden ziemlich sicher zur prima intentio führen, wie durch zwei Krankengeschichten bewiesen wird. **Wilh. Koch** (Berlin).

C. L. Wartmann. Solidification rapide des appareils au silicate de potasse.

(Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande. 1874 No. 8.)

Die Wasserglasverbände haben eine einzige Schattenseite, sie erstarren viel zu langsam. W. fand ein sehr gutes Mittel, das Festwerden sehr wesentlich zu beschleunigen: man braucht sie einfach mit gewöhnlichem Spiritus unmittelbar nach der Anlegung zu begiessen.

Girard (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Roberts (service of Dr. Levis). Excision of the ankle joint for caries of the astragalus and inferior extremity of the tibia.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 120. p. 310.)

Da die Ausdehnung der Erkrankung durch Sondenuntersuchung nicht genau festgestellt werden konnte, beliebte man einen Querschnitt auf der Dorsalseite des

Gelenks, welcher die Extensorensehnen freilegte und die Art. dorsalis pedis trennte. Der Astragalus musste in toto mit dem Hohlmeissel entfernt, Malleolus internus abgesägt werden. In 6 Wochen hatte das neue Gelenk schon einige Festigkeit erlangt, ohne dass es jedoch die ganze Körperlast zu tragen vermochte. Auch führten in dasselbe einige Fistelgänge. Art der Nachbehandlung und Schlussresultat nicht angegeben.

Die erste Fussgelenkresection in der Gegend von Philadelphia machte Levis vor 14 Jahren an einem Knaben mit vollständigstem Erfolge (ob wegen Caries, ist nicht ersichtlich). **Wilh. Koch** (Berlin).

Arthur Menzel (Triest). Ein Fall von isolirter Infraction der Tibia bei einem Erwachsenen.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 34.)

Einleitend führt Verf. die Resultate von Thore's Experimenten über Infractionen an Kinderleichen an, erwähnt dann, um die Seltenheit der Infractionen bei Erwachsenen zu charakterisiren, dass Gurlt nur 7 in Literatur verzeichnete auffinden konnte, von denen 6 den Oberschenkel und 1 Radius und Ulna betroffen. Im vorliegenden Falle wurde der Unterschenkel eines 48jähr. Mannes von einem Karrenrad überfahren. Es fand sich eine 3 Zoll lange Quetschwunde an der Innenseite, keine Dislocation, keine abnorme Beweglichkeit oder Crepitation. Bald trat starke Schwellung auf, am 5. Tage Dämpfung im linken Unterlappen und rostbraune Sputa, am 19. Tage erfolgte der Tod an Pyämie. Die Tibia fand sich an der Grenze von mittlerem und unterem Dritttheil infrangirt. Etwa $^7/_8$ der Dicke sind durchbrochen, an der inneren Kante, wo das Rad darüberging, ist etwa $^1/_8$ unversehrt, was mechanisch leicht erklärlich ist. **v. Mosengeil** (Bonn).

Deneffe et van Wetter. Anesthésie par injection intra-veineuse de chloral selon la méthode du professeur Oré: ablation d'un cancer du rectum.

(Bulletin de l'Académie Royale de Belgique 1874. Tome VIII. p. 810 und Comptes rendus T. 78. p. 708—11.)

Einem 45jähr. Manne hatten die Vff. im Jahre 1871 ein Carcinom des Rectum entfernt. Der günstige Erfolg hielt fast 3 Jahre an, dann traten reichliche neue carcinomatöse Eruptionen auf mit häufigen Blutungen, fötider Eiterung und Erschwerung der Faecalausstossung; die Schmerzen des Pat. erreichten eine beträchtliche Höhe, gleichzeitig bildeten sich Fistelgänge in der linken Hinterbacke. Da die Blutungen und die Faecalretention bedrohlich wurden, so musste zur abermaligen Operation geschritten werden. Die günstigen Erfolge Oré's (s. Centralbl. f. Chir. No. 6 und No. 26) veranlassten die Vff., seine Methode der Anästhesirung zu befolgen. Es wurde in eine Vene des Vorderarms, ohne Freilegung derselben, mittelst der Stichkanüle eine Chlorallösung (1:3 Th. Wasser) langsam und allmälig, im Ganzen 2,5 Gr. Chloral injicirt, nunmehr war die Anästhesie absolut, auch die Cornea reagirte nicht mehr auf Reiz. Während der Injection hatte sich die Pulszahl von 96 auf 108 erhoben, die Respirationsfrequenz blieb constant auf 17 pro Min. Nun wurde mittelst des Ecrasément lineaire der Rectalkrebs exstirpirt und die Fistelgänge durch die ganze Dicke der Hinterbacke gespalten. Die Operation dauerte 15 Min. Weder Faradisation des N. phrenicus, noch electrocutane Reizung vermochten den Pat. aus seiner Hypnose zu erwecken; man liess ihn daher weiter schlafen. $2^1/_2$ Stunden später antwortete er zwar auf Anrufen, fiel aber immer wieder in Schlaf zurück. Pat. schlief im Ganzen 11 Stunden bis zum nächsten Morgen. Die Sensibilität kehrte vollständig erst am 3. Tage wieder zurück. Die Heilung erfolgte ohne Störung; nach 8 Tagen war eine bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes vorhanden. Vff. haben Vertrauen zu dem Oré'schen Verfahren gewonnen und wünschen, recht bald Gelegenheit zur Wiederholung desselben zu haben. **J. Munk** (Strassburg i/E.).

Roelen (Düren). Sieben neue Fälle von Transfusion von Lammblut.

(Correspondenzblatt der ärztl. Vereine in Rheinland etc. 1874. No. 14. p. 31.)

In 5 Fällen wurde nach Hasse's Methode operirt, in 2 anstatt des Hasse'schen Kanülenapparates ein einziges Glasröhrchen benutzt. Die Patienten litten an chronischer Pneumonie, Tuberkulose, Magencarcinom, hochgradiger Chlorose. Eine Pat. letzterer Art wurde vollständig hergestellt. In den übrigen Fällen geringe oder keine Besserung. Von 2 Fällen werden genaue Beobachtungszahlen des Pulses und der Temperatur mitgetheilt. **Madelung** (Bonn).

Nieden (Bochum). Aneurysma orbitae sin.

(Correspondenzblatt der ärztl. Vereine in Rheinland etc. 1874. No. 14. p. 45.)

In einem engen Canal wird der Schädel eines 19jähr. Burschen durch ein von der Decke herabstürzendes Kohlenstück mit Gewalt gegen den Boden gepresst und gequetscht. Keine äussere Verletzung. Nach 24 Stunden vernimmt Pat. plötzlich heftiges Sausen und Getöse, hauptsächlich auf der linken Schädelhälfte. Der linke Augapfel tritt aus seiner Höhle. Die aufgelegte Hand fühlt Pulsation. Compression der Carotis sinistr. lässt dieselbe verschwinden. N. stellt seine Diagnose auf Aneurysma diffusum orbitae. Die Behandlung bestand bisher in möglichst constanter Compression der Carotis, bald mit dem Finger, bald mit Hülfe eines Compressorium. Die Unterbindung der Carotis ist in Aussicht genommen.

Madelung (Bonn).

Alexander (Aachen). Sarkom beider Thränendrüsen.

(Correspondenzblatt der ärztl. Vereine in Rheinland etc. 1874. No. 14. p. 30.)

Bei einem 72 Jahre alten Manne fanden sich von den beiden äusseren Augenwinkeln ausgehende, und in die oberen Augenlider sich erstreckende Tumoren. — Weiche plexiforme Sarcome der Thränendrüsen. Exstirpation nach Verlängerung der äusseren Augenwinkel um ca. $1^1/_2$ Cm. und Ablösung der Conjunctiva. Nach 14 Tagen Heilung. **Madelung** (Bonn).

M. Duplay. Ostéite avec nécrose de la moitié externe de la clavicule.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 32.)

Bei einem 17jähr., sonst gesunden Menschen war wahrscheinlich vor 3 Jahren im Anschluss an Variola Nekrose der äusseren Hälfte der Clavicula entstanden. D. resecirte subperiostal $9^1/_2$ Cm. des genannten Knochens. Es erfolgte eine rapide Restitution des resecirten Knochenstücks und es zeigte sich bald eine fungöse Ostitis und Caries im neugebildeten Knochen. Eine nochmalige Operation wird vom Pat. verweigert. D. schiebt den ungünstigen Erfolg im vorliegenden Falle auf die Zurücklassung des Periost, welches wahrscheinlich selbst afficirt gewesen und nur kranken Knochen reproducirt habe. In ähnlichen Fällen sei die Erhaltung des Periost's schädlich.

(Diese Schlussfolgerung dürfte doch etwas allzu voreilig sein. In dem vorliegenden Falle hat es sich doch wohl um eine bei der Operation noch nicht begrenzte Nekrose gehandelt. Ref.) **Tillmanns** (Leipzig).

M. Daga. Ostéo-périostite du maxillaire inférieur. Évolution rapide. Mort.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 47.)

D. beobachtete bei einem vollständig gesunden, nicht luetischen Soldaten von 23 Jahren eine eitrige Alveolarperiostitis des Unterkiefers (rechts), welche nach Incision derselben zu einer ausgebreiteten Phlegmone des Mundhöhlenbodens und des Halses führte. Blutegel, eine Incision. 10 Tage nach Beginn der Affection starb Pat. unter septikämischen Erscheinungen. Nach dem Tode zeigte sich ausgebreitete Eiterinfiltration des Hals-Zellgewebes bis zum Sternum, die vena jugul. und facial. waren thrombosirt. Ursache der Alveolar-Periostitis nicht recht klar;

nur der vorletzte rechte untere Backzahn war oberflächlich cariös. Verf. bezweifelt, dass der Pat. auch durch frühzeitige zahlreiche, tiefe Incisionen am Halse gerettet worden wäre. (Warum? Ref.) **Tillmanns** (Leipzig).

W. Winnicki (Warschau). Periostitis acuta — Septikämie — Tod.

(Medycyna 1874. No. 35, polnisch.)

Ein 50jähriger Bäcker, der nur einmal in seinem Leben acuten Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, stiess heftig mit der rechten Hohlhand gegen einen harten Gegenstand. Bald stellten sich unerträgliche Schmerzen in der Hand ein mit allgemeiner Prostration der Kräfte; vorläufig kein Fieber. Der Carpus erschien stark geschwollen und die harte Schwellung, besonders am Dorsum manus entwickelt, verbreitete sich gegen die Finger, nach oben gegen das Ellenbogengelenk; hier waren röthliche Streifen in der Haut wahrnehmbar. Eine Incision wird verweigert. Es treten nunmehr unter Temperatursteigerung Fröste ein, die Zunge wird trocken; häufige copiöse, wässerige Stühle. Eine sehr schmerzhafte Anschwellung befällt hierauf das anderseitige (linke) Ellenbogengelenk, am 3. Tage werden beide Fussgelenke ergriffen, am 4. Tage Tod bei vollem Bewusstsein. Section hat nicht stattgefunden. Verf., dessen Diagnose im Anfang auf Panaritium, dann auf beginnenden Gelenkrheumatismus ausging, neigte sich bei dem rapid bösartigen Verlauf des Processes zur Annahme einer acuten Septikämie (? Ref.).

Obaliński (Krakau).

M. de Saint-Germain. Anus artificiel.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 28.)

Verf. beobachtete bei einem 3tägigen Knaben vollständiges Fehlen des Anus, an der Stelle des Orificium war eine leichte Vorwölbung. Nach vorne und rechts vom Rectum, gerade an der Wurzel des Penis fand sich eine kleine Oeffnung, aus welcher sich eine sehr geringe Quantität Meconium entleerte. Verf. machte den künstlichen After in der Weise, dass er zunächst die Scrotalfistel mit der Scheere erweiterte, dann ein Stilet bis zur Perinealgegend vorschob und auf ihm in der Medianlinie des Perineums eine etwa 3 Cm. lange Incision machte, bis das ampullenförmige Ende des Rectums zum Vorschein kam. Durch letzteres wurden 2 Silberfäden gezogen, zwischen beiden auf dem Stilet incidirt, wodurch sich sofort eine beträchtliche Menge Meconium entleerte. Schliesslich wurde das Rectum an die äussere Haut fixirt. Der Erfolg blieb abzuwarten. **Tillmanns** (Leipzig).

Kosiński (Warschau). Exstirpation eines krebsig degenerirten Rectum.

(Denkschrift der Warschauer ärztl. Gesellschaft 1874. Hft. 3, polnisch.)

Bei der 28jähr. Patientin bestand seit Monaten Strictura ani, die zuletzt die Defaecation beinahe unmöglich machte. Dieses bildete auch die Indication zur Operation, die nach Lisfranc's Methode vollführt wurde. Da aber dabei nicht das ganze Neugebilde entfernt werden konnte, zeigten sich nach 8 Wochen die früheren Symptome. Bemerkenswerth ist noch, dass das im Cavum Douglasii bei der Operation verletzte und durch 5 Nähte (Crin de Florence) vereinigte Peritoneum, wie öfters, ohne gefährliche Symptome zuheilte. **Obaliński** (Krakau).

L. Chwat (Warschau). Unblutige Amputation des Oberschenkels.

(Denkschrift der Warschauer ärztl. Gesellschaft 1874. Hft. 3, polnisch.)

Bei einem 19 Jahre alten, kachektischen und mit Carcinoma medullare genu behafteten Jüngling wurde die Amputation im unteren Drittel des Oberschenkels nach der Esmarch'schen Methode ausgeführt; Blutung beinahe Null; Heilung in $3^1/_2$ Wochen. **Obaliński** (Krakau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. **Sonnabend, den 28. November.** **1874.**

Deneffe et van Wetter. De la ponction de la vessie.

1874. Gent. F. Clemm.

Die Vff. suchen durch eine Zusammenstellung aller ihnen zugänglichen Fälle zu ermitteln, ob der Blasenstich wirklich blos als ultimum refugium anzuwenden sei, oder ob diese von anderer Seite als durchaus unbedenklicher Eingriff angesehene Operation eine häufigere Ausführung verdient. Von 328 gesammelten Fällen endeten 44, also ca. 13% tödtlich; davon müssen aber 37 vollständig ausser Betracht kommen, da der Exitus, wie die Section es nachwies, durchaus unabhängig war von der Operation. Letztere konnte factisch nur in 7, also in etwa 2% der Fälle als Todesursache angesehen werden.

Es folgt eine historische Darstellung der Operation und der verschiedenen angewendeten Methoden: perinealer Schnitt, Punction

durch das Perineum (17 Geh., 3 Gest.), durch das Rectum (86 Geh., 11 Gest.), durch die Symphyse (1 Fall geh.), unterhalb der Symphyse (1 Fall geh.), durch das Hypogastrium (125 Geh., 27 Gest.) und endlich die Aspiration (54 Geh., 3 Gest.).

Von obigen Verfahren werden nur die beiden letzten empfohlen. Die Punction durch den Mastdarm, welche zwar auch häufig ausgeführt wurde, besitzt keine Vortheile; sie ist schwieriger und viel unbequemer, wenn die Kanüle des Troikarts einige Zeit liegen soll.

Einzelne Eingriffe, welche vor nicht so langer Zeit zur Erfüllung der gleichen momentanen Indication dem Blasenstiche entgegengestellt worden, nämlich der Catheterisme forcé, die äussere Urethrotomie, ja selbst sehr lang fortgesetzte Catheterismusversuche sind unzweifelhaft weit gefährlicher und unsicherer und werden verworfen.

Dem Irrthum gegenüber, dass der Blasenstich eine rein palliative Operation sei, bemühen sich die Vff. nachzuweisen, dass sehr häufig (es werden einige 20 Beobachtungen angeführt) durch die Entleerung der Blase der günstigste Einfluss auf die Harnröhre ausgeübt wird; mehrmals konnte der gleiche Wundarzt, der vorher fruchtlose Versuche gemacht hatte, unmittelbar nach dem Stich einen ziemlich dicken Katheter durch den normalen Weg einführen. Die Vff. suchen die Erklärung in spastischen Zuständen der Urethra (? Ref.).

Hat man mit entzündlichen Zuständen zu thun, welche die Urethra unwegsam machen, so wird auch hier die vollständige Ausschaltung dieses Organes eine hohe Bedeutung für den Rückgang des Processes haben. Noch wichtiger ist dies bei Traumen der Urethra.

In den schwierigen Fällen endlich, wo die Restitution des normalen Canals nur mittelst der äusseren Urethrotomie zu erreichen ist, hat man die Möglichkeit nach Verguin's Vorgang den retrourethralen Catheterismus durch die Fistel für das Auffinden des hinteren Theiles der Harnröhre in der urethrotomischen Wunde zu benutzen. Vff. citiren 9 Fälle, wo obige Manipulation hauptsächlich den Erfolg der Operation ermöglichte.

Ueber die Vorsichtsmassregeln, welche bei der Ausführung der Punction zu beobachten sind, ist zu erwähnen, dass die Vff. durch zahlreiche Messungen an leeren und stark gefüllten Blasen nachweisen konnten, dass man mit absoluter Sicherheit das Peritoneum vermeidet, wenn man nicht über 5 Cm. oberhalb der Symphyse einsticht. Die capilläre Aspiration gegenüber der Punction mit dem Troikart ist für die Vff. nur da von Vortheil, wo man voraussehen kann, dass die Urethra bald wieder permeabel wird. Sie führen jedoch 2 Fälle an, wo diese Aspiration an demselben Individuum mehr als 20 Mal ohne jeden Nachtheil ausgeführt wurde.

Für den sorgfältig bearbeiteten anatomischen Theil dieser mehr als 500 Seiten umfassenden Abhandlung muss auf's Original verwiesen werden.

Girard (Strassburg i/E.).

J. Appenrodt. Anatomisch-Physiologisches und Pathologisch-Therapeutisches über die Harnblase.

Inaug.-Diss. Halle. 1874.

Bei Besprechung der anatomisch-physiologischen Verhältnisse der Harnblase stützt Verf. die Annahme eines Tonus der Blasenmuskulatur durch die Anführung von Thierversuchen, die zeigen, dass bei Zerstörung (d. h. Reizung) des Rückenmarks der Druck in der prall gefüllten Harnblase steigt, ohne dass dabei Inhalt abfliesst. Allmälig (d. h. mit Abklingen des Reizes) sinkt der Druck weit unter die Anfangshöhe. Zerrung intramuskulärer Blasennerven durch den sich ansammelnden Inhalt reizt den Detrusor; die Reizung der Harnröhrennerven durch den fliessenden Urin verhindert durch beständige reflectorische Erregung, dass bei abnehmender Spannung der Blasenwände die Thätigkeit des Detrusor aufhöre (Th. Weber). Dass die sensibeln Nerven der Harnröhre, ferner der Glans und des Präputiums (resp. der betr. weibl. Theile) in reflectorischem Zusammenhang mit der Blasenmuskulatur stehen, beweist Verf. durch einige klinische Beobachtungen, hauptsächlich aber durch Thierexperimente: mechanische, chemische und electrische Reizung der äusseren Harnröhrenmündung und der umliegenden Theile bewirken (auch in der Narkose) ein Steigen des Drucks in der Blase.

Mit Th. Weber nimmt Verf. an, dass incontinentia urinae häufig auf Hyperästhesie der Urethralnerven zurückzuführen sei und berichtet über Fälle, in denen von Th. Weber durch Injectionen in die Urethra (arg. nitr., zinc. sulf., tinct. opii.) incontinentia urinae in kurzer Zeit geheilt wurde.

A. Genzmer (Halle).

C. Santesson (Stockholm). Drei Fälle von Haarnadeln in der Blase.

(Hygiea Verh. d. Gesellsch. schwed. Aerzte 1874. p. 30.)

I. Ein 10jähriges Mädchen wurde wegen eines Blasensteines lithotripsirt. Im Laufe der Operation fand der Operateur, dass eine kleine Nadel den Kern des Steins bildete, welche das Kind, wie sich später herausstellte, schon ein Jahr in der Blase getragen hatte. Die Nadel wurde glücklich entfernt. Näheres nicht angegeben.

II. Ein Mädchen von 7 Jahren wurde ebenfalls wegen Blasenstein in das Spital aufgenommen. Der Stein war sehr gross, auch in diesem Falle wurde die Lithotripsie beschlossen. In der zweiten Sitzung gab der mit dem Instrument gefasste Stein ein ungewöhnliches Contactgefühl; bei Untersuchung der Fragmente bemerkte S. den deutlichen Abdruck eines langen, schmalen Körpers. In der dritten Sitzung wurde die Nadel gefasst und gelang es mit Hülfe des in die Scheide geführten Fingers dieselbe allmälig herauszuziehen. Der Operateur hatte die eine Branche nahe an der Spitze gefasst; durch

die Manipulationen wurde die Nadel vollkommen ausgestreckt und konnte so extrahirt werden. Das Kind war chloroformirt. Keine bedeutende Reaction, noch Blutung. Jede Branche der Nadel war ursprünglich $2^1/_2$ Zoll lang. Aller Wahrscheinlichkeit nach hatte sich das Mädchen die Nadel $1^1/_2$ Jahre vorher selbst eingeführt. Späterer Verlauf der Operation ungestört. Beide Fälle sind schon ziemlich alt.

III. Eine französische Bonne, 18 Jahre alt, wurde im Anfang dieses Jahres nach dem Spital geschickt wegen einer Nadel in der Blase, deren Anwesenheit durch Untersuchung mit der Sonde und noch besser durch Vaginalexploration bestätigt wurde. Sie wurde mit einer Polypenzange gefasst und mit Hülfe des in die Scheide geführten Fingers herausgezogen. Obgleich sie nur 6 Tage in der Blase gelegen hatte, waren doch schon Spuren von Kalkinkrustationen sichtbar. Jede Branche war 12 Cm. lang und $1^1/_2$ Mm. dick. Pat. am 5. Tage geheilt entlassen. **Rossander** (Stockholm).

In einem gleichen Falle gelang mir die Extraction nach manchen vergeblichen Versuchen auf eine sehr einfache und ausserordentlich schonende Weise. Ein 14j., an Ascariden leidendes Mädchen hatte Abends im Bett das Jucken durch Kratzen mit der Haarnadel zu bekämpfen gesucht und war darüber eingeschlafen. Dabei war ihr die Haarnadel in die Blase geglitten. Ich sah die Patientin 4 Tage später. Die Nadel lag quer in der Blase und war sowohl von der Scheide aus leicht zu fühlen, als auch mit den verschiedenen eingeführten Instrumenten ohne Mühe zu fassen, aber immer nur in der Mitte, nie an dem einen oder anderen Ende. Die Blase befand sich nämlich in Folge der Reizung durch den Fremdkörper und den dadurch herbeigeführten Catarrh in einem Zustand so erhöhter Reizbarkeit, dass ihre Wandungen sich fest um die Nadel zusammengezogen hatten, und es trotz aller Versuche durchaus nicht gelang, derselben eine günstigere Lage zu geben. Auch Injectionen von lauwarmem Wasser hatten keinen Erfolg, da die krampfhaft contrahirte Blase sich nicht ausdehnte und nur ein Minimum von Flüssigkeit aufnahm. Unter diesen Umständen bog ich mir die Spitze einer Uterussonde zu einem kurzen, sehr engen Haken um, brachte denselben glücklich über eine Branche der Nadel und liess ihn nun mit Hülfe des in die Scheide geführten Fingers nach deren geschlossenem Ende hin gleiten. Einmal so weit gekommen, hatte die Degagirung der Nadel und ihre Extraction keine Schwierigkeit mehr. Die ganze Manipulation war ohne alle Blutung vor sich gegangen, Pat. hatte nach wenigen Tagen alle Folgen des Unfalls überwunden. **Schede.**

---

v. Preuschen. Die Cysten der Vagina. Vorläufige Mittheilung.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 49. p. 773.)

Da über die Entstehung der Cysten der Vagina noch grosse Meinungsverschiedenheiten bestehen, unterzog Verf. vor Allem die Schleimhaut der menschlichen Vagina einer genauen Untersuchung, welche ihn zu dem Resultate führte, dass fast in allen Fällen die Vagina mehr oder weniger reichlich Drüsen besitzt. Vorwiegend finden sich mässig tiefe und breite Einbuchtungen (Krypten), von denen fingerförmige Anhänge ausgehen.

»Seltener sind einfache schlauchförmige Einstülpungen«. Die tiefsten Theile derselben sind mit flimmerndem Cylinderepithel aus-

gekleidet, im Ausführungsgang ist das Epithel mehrschichtig und setzt sich so in das der Vagina fort, welches in den oberen Lagen aus Pflasterepithel, in den tiefsten Schichten aus Cylinderepithel besteht. Die Cysten der Vagina sind Retentionscysten; es sind entweder Cysten des Ausführungsganges und haben dann Pflasterepithel, oder sie entstehen aus den fingerartigen Anhängen der Krypten. Wo die schlauchförmigen Drüsen Sitz der Cysten waren, trugen die letzteren Cylinderepithel, das allerdings oft sehr abgeplattet war.

»Hiervon zu trennen sind die Cysten, welche im paravaginalen Gewebe entstehen und mitunter nach der freien Fläche der Vagina prominiren. In einem Falle gelang es, den Zusammenhang einer solchen, in einer traubenförmigen Drüse der Urethra entstandenen Cyste mit der letzteren nachzuweisen.

Die Cystenbildung in der Vagina scheint häufiger zu sein, als man bisher angenommen hat«. **A. Bidder** (Mannheim).

Haussmann. Ueber das Vorkommen der Micrococcen in den weiblichen Geschlechtsorganen.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 50. p. 788—789.)

Verf. hat die Micrococcen, welche neben Oidium lactis auf saurer Milch gefunden werden (Mesococcen, Billroth) 5 Mal in die Scheiden von Mädchen, 3 Mal in die schwangerer Frauen eingespritzt, jedoch mit negativem Resultat. Der Einwand, dass zur Keimung eine kleine Schleimhautwunde nöthig sei und dass die Sporen vielleicht wegen des Secretstromes nicht haften, wird dadurch entkräftet, dass die Infection einer unversehrten Scheidenschleimhaut des Kaninchens gelingt und dass ein Theil der Keime noch 24 Stunden nach der Einführung in die Scheide der Frau nachzuweisen ist.

Ausser vereinzelten hat Verf. auch noch aneinander gereihte Micrococcen in Haufen beobachtet, »welche von Klebs als ein Entwicklungsstadium des Microsporon septicum unter dem Namen der Plasmaballen bezeichnet werden: septische Erscheinungen haben auch diese nicht seltenen Fälle nicht begleitet«. Eine grössere Arbeit über die Entstehung der infectiösen Krankheiten des Wochenbettes wird Genaueres bringen. **A. Bidder** (Mannheim).

Nicaise. Du contenu de l'anse herniée et de la ponction aspiratrice.

(Gaz. méd. 1874. No. 33. p. 409.).

Autopsieen oder zufällige Eröffnungen des Darmes bei Herniotomieen haben ergeben, dass der Inhalt der eingeklemmten Darmschlinge theils aus schleimiger, blutiger Flüssigkeit, theils aus Gas besteht, während Fäcalmassen bei keiner Beobachtung vorgefunden

wurden (?). Die Schleimmassen zeigen eine graue, häufig auch röthliche Färbung und ähneln den bei Enteritis vorkommenden Massen. Hämorrhagieen wurden beim Hunde von Jobert und Labbé beobachtet; beim Menschen sind sie seltener, doch fanden Voillemier und Voisin auch hier in der eingeklemmten Darmschlinge erhebliche Blutergüsse. Gase endlich kommen meist nur in alten, voluminösen Hernien vor, daher auch Nélaton die Seltenheit des tympanitischen Tones bei incarcerirten Hernien betonte. Ueber die Entstehung der Gase gehen die Ansichten sehr aus einander. Die einen Beobachter meinen, dass sie vom übrigen Darm aus in die Bruchschlinge treten, während die anderen sie in letzterer selbst ihren Ursprung finden lassen. Die letzte Theorie ist die wahrscheinlichere; es findet infolge der Einschnürung in der Bruchschlinge eine spontane Gasentwicklung statt, sei es durch Zersetzung des Darmschleims, sei es durch Freiwerden von Blutgasen.

Man würde hiernach zu weit gehen, wenn man dem Inhalt der Bruchschlinge allen Einfluss auf die Entstehung der Incarceration absprechen wollte, nur lässt sich nicht sagen, ob die Gase oder die Flüssigkeiten dabei eine hervorragendere Rolle spielen.

Der Werth der aspiratorischen Punction bei Behandlung der Darmeinklemmung lässt sich nach dem Gesagten leicht bemessen. Sie ist zulässig und neben anderen Mitteln immerhin zu versuchen, bevor man nach vergeblichen Versuchen der Taxis zur Herniotomie schreitet; häufig wird sie freilich ohne Erfolg bleiben. Die Punction mit einem feinen Troikart ist der mit der Dieulafoy'schen Nadel vorzuziehen. Bei den Repositionsversuchen nach der Punction kann, wie Bouisson beobachtet hat, Gas und Flüssigkeit aus der Einstichsöffnung dringen und Veranlassung zur Bildung von Abscessen oder sogar einer Peritonitis geben. **O. Volkmann** (Halle).

William Thomas. On the pathological separation of tendons from their attachments to bones.

(Birmingham medical review 1874. October.)

Verf. ist der Ansicht, dass die Sehnen indirect mit Hülfe des Periostes an die Knochen sich befestigen. Wie überall an den Knochen, so könne auch an den Stellen der Sehneninsertionen durch Ostitis und Periostitis die Verbindung der Beinhaut mit dem Knochen gelockert, resp. durch Eiterbildung völlig getrennt, mithin die Sehne von ihrem Insertionspuncte abgelöst werden. Durch vorzeitige Benutzung des zugehörigen Muskels werde dann die Abtrennung permanent.

Beweis: I. Bei Gelegenheit einer Hüftmuskelpräparation fand Verf. die tuberositas oss. ischii beiderseits verdickt, knotig-rauh, entblösst, »wie eine von chron. rheumat. Arthritis befallene Gelenkfläche«. Die drei Muskelfacetten für die ham-strings (d. i. Mm.

biceps, semimembranosus und semitendinosus) waren verwischt. Letztere entsprangen nicht vom Tuber selbst, sondern zwischen Knochen und Muskelursprünge war eine Höhle eingeschaltet, welche innen glatt und glänzend und offenbar durch Flüssigkeit (was für Flüssigkeit? Ref.) vom Knochen abgetrennt war. Die Wand (dieser Höhle diente den hinteren Oberschenkelmuskeln zum Ursprunge und ging jenseits des Tuber continuirlich in das Periost über.

II. Ein 45jähriger Kutscher litt seit einem halben Jahre an Schmerzen in der Gegend des rechten Tuber ischii, ausstrahlend nicht im Verlauf des N. ischiadicus, sondern des M. biceps bis hinab zum Knie. Patient konnte weder den rechten Schenkel bewegen, noch sitzen, namentlich aber nicht aus der sitzenden in die aufrechte Stellung übergehen, ohne an der erwähnten Stelle Schmerzen zu empfinden. Bei Versuchen, auf dem rechten Beine allein zu stehen, spannte sich die Sehne des rechten M. biceps weniger, als die des linken bei dem entsprechenden Versuche, obwohl der betreffende Muskelbauch sich contrahirte. Fester Druck gegen den verdickten und empfindlichen Tuber minderte die Beschwerden und mit einer in diesem Sinne wirkenden Bandage ging der Kranke ohne Schmerzen und ohne zu hinken. Verf. hält die Krankheit seines Patienten für identisch mit der oben am Präparat beschriebenen. Derselbe beobachtete seitdem 3 weitere Fälle (1 an derselben Stelle, 1 am Lig. patellae, 1 an der Sternalinsertion des M. sternocleidomastoideus), in welchen es noch nicht zur Abtrennung der Sehnen gekommen war, wohl aber bei evidenter circumscripter Periostitis ähnliche Symptome bestanden. Schliesslich wird Jodkalium empfohlen, »da das Leiden etwas vom rheumatischen Charakter habe«.

(Nach der Ansicht des Ref. besitzt weder die aufgeführte Krankengeschichte, noch auch namentlich die leider sehr dürftige Beschreibung des Präparates beweiskräftige Ausführlichkeit und Schärfe.)

Rupprecht (Halle).

Pozzi. Sur les causes de la mort subite dans l'exstirpation des polypes naso-pharyngiens et sur le pronostic de cette opération.

(Le progrès médical 1874. No. 40 u. 41.)

P. berichtet über einen Fall aus der Verneuil'schen Klinik. Einem jungen Menschen wurde, von der Wange aus, ein Nasenrachenpolyp mit nur geringem Blutverlust exstirpirt. Nach Entfernung des Tumors trat während der Anwendung des Glüheisens eine Syncope ein, nachdem Pat. in's Bett gebracht eine zweite, nach $1/2$ Stunde eine dritte, tödtliche. Die Section ergab, dass zwei nicht mit exstirpirte Fortsätze des Tumors in die Schädelhöhle hineingewuchert waren; in den Luftwegen keine Spur von Blut. — Bei der Durchsicht der Literatur hat Verf. gefunden, 1) dass bei den Operationen der Nasenrachenpolypen Syncope sehr häufig ist, ohne dass die Blutung bemerkenswerth wäre (als Beleg werden nur 4 Fälle

citirt); 2) dass häufig plötzlich der Tod durch Syncope eintritt, wenn der Schädel vom Tumor mehr oder weniger perforirt ist (Verf. citirt auch hierfür nur 4 Fälle, von denen der eine [Syme] nach Ansicht des Ref. gar nicht zu verwerthen ist, da der Sectionsbefund nur von einer Adhäsion des Tumors an der Schädelbasis, nicht von Perforation der letzteren spricht). In den ad 2) citirten Fällen trat 2 Mal der Tod unmittelbar, 1 Mal am 3. und 1 Mal am 4. Tage nach der Operation ein. (Ob die Pat. narkotisirt worden sind, erfährt man in 6 Fällen nicht.) — Verf. hat folgende Ansicht von der Sache. Durch den die Basis perforirenden Tumor wird das Hirn comprimirt, anämisch, besonders vulnerabel. Ist Pat. nun noch durch frühere Blutungen schwach geworden, dann genügt eine relativ geringe Blutung im Gefässgebiet der Carotis, um die Syncope hervorzurufen. — Um die Wirkung einer Blutung aus der Carotis mit einer aus der a. femoral. zu vergleichen, hat P. Versuche an Hunden und Kaninchen angestellt und gefunden, dass bei gleicher Grösse der Versuchsthiere der Tod viel früher und nach geringerem Blutverluste eintritt bei demjenigen Thiere, dem die Carotis geöffnet ist, als bei dem anderen, welches sich durch die a. femoral. verblutet. — Verf. hat aus seiner Studie Folgendes gelernt: Die Verengung der Schädelhöhle und die rasch eintretende Anämie des Gehirns und des verlängerten Marks rufen die Syncope hervor. Die Prognose der Operation der Nasenrachenpolypen ist immer dubiös. Der Chirurg muss die Syncope dadurch zu vermeiden suchen, dass er den Pat. im Liegen operirt, ihn nicht narkotisirt, eine grosse Oeffnung macht, durch welche er rasch und mit möglichst wenig Blutverlust operiren kann. — (Die Luftwege scheinen in den 5 Fällen mit letalem Ausgang nur 2 Mal untersucht zu sein, 1 Mal fand sich etwas weniges Blut. Warum der Tod in 2 Fällen erst am 3., resp. 4. Tage nach der Operation eintrat, sucht Verf. nicht zu erklären. Der Aufsatz lässt überhaupt der Kritik ein weites Feld. Ref.)

Petersen (Kiel).

C. Rossander. Doppelseitige Hüftgelenks-Anchylose.

(Hygiea 1874. p. 125, mit 2 Abbildungen.)

Am 2. August 1873 wurde ein 12jähr. Jüngling wegen einer schweren Difformität in das Spital zu Stockholm aufgenommen. Beide Hüftgelenke waren in doppelt rechtwinkliger Stellung anchylosirt, d. h. flectirt und abducirt. Der Mann war einer zweischenkeligen Gabel ähnlich. Der Zustand datirte von einem rheumatischen Fieber, welches Pat. vor 2 Jahren überstanden, und in dem er ganz ohne ärztliche Hülfe gewesen war. Die Hüftgelenke waren absolut unbeweglich. Die Kniegelenke waren auch flectirt, aber konnten doch mit geringer Gewalt redressirt werden. Da das zunächst an der schlimmeren linken Seite versuchte brisement forcé nicht gelang, wurde hier durch einfache Händekraft der Schenkelhals gebrochen. Gipsverband in gestreckter Stellung. Reaction gering. Nach 3 Wochen wurde derselbe Versuch mit dem rechten Schenkel

gemacht. Hier gelang es, die Adhäsionen im Gelenke zu zerreissen und das Bein fast gerade zu strecken. Absichtlich wurde beiderseits ein Theil der Abduction erhalten, um das spätere Gehen zu erleichtern. Die letzte Operation war in jeder Beziehung schlimmer, als die erste. Der Schenkel suchte mit grosser Kraft seine alte Stellung wieder einzunehmen, und die Anlegung des Gipsverbandes war ohne Vergleich schwieriger, als auf der andern Seite. Die Schmerzen waren fast unerträglich, täglich mehrmals wiederholte Morphiuminjectionen nothwendig. In der 4. Woche nach der 2. Operation musste der doppelte Gipsverband entfernt werden, da sich ein grosser periarticulärer Abscess am linken Oberschenkel gebildet hatte. Trotzdem war der Kranke nach wiederum 4 Wochen geheilt, konnte ohne Stock oder Krücken stehen, aber noch nicht ohne Stütze gehen, was er indessen späteren Nachrichten zufolge ebenfalls bald lernte. Eine Spur von Beweglichkeit existirte an dem linken fracturirten Beine, an der rechten Seite nicht. Der Abstand der inneren Knöchel von einander betrug 7 Zoll. Die Extremitäten waren von derselben Länge, denn die wirkliche Verkürzung links war durch die grössere Abduction rechts ausgeglichen.

Axel Key (Stockholm).

O. Heyfelder. Zur Lehre von der Transfusion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. IV. Hft. 4.)

Verf. führte mit Roussel zusammen unter Anwendung des bekannten Apparates des Letzteren, welcher allein von allen eine directe Ueberleitung des Blutes von Vene zu Vene ermöglicht, eine grössere Anzahl (etwa 25) von Transfusionen aus. Das Blut wurde fast ausschliesslich vom Menschen, nur einmal vom Lamme genommen. Da in letzterem Falle alle bei der directen Transfusion arteriellen Lammblutes so häufig beobachteten, beängstigenden Erscheinungen fehlten, so vermuthet Verf., dass nicht das Thierblut an sich, sondern nur das arterielle, unter hohem Druck in nicht physiologische Bahnen einströmende Blut dieselben veranlassen möchte. Die Roussel'sche Methode bewährte sich, indem die Operation meist anstandslos zu Ende geführt wurde. Eine Bildung einzelner kleiner Gerinnsel im Apparate kam nicht vor, doch gerann das Blut bei Unterbrechung des Stromes, oder wenn der Apparat zu kalt war, als Ganzes. Die Vene des Blutempfängers wurde stets frei präparirt.

H. beobachtete eine günstige Einwirkung der Transfusion bei Lungenphthise, mehrfache Heilungen von Scorbut etc.

Einige Bemerkungen über die Details der Operation sind im Originale nachzusehen.

Gersuny (Wien).

G. Del Greco. Di un nuovo istrumento per la aspirazione pneumatica e per la trasfusione del sangue.

(L'Imparziale 1874. No. 18.)

Der Apparat, welchen Verf. vorschlägt, ist im Wesentlichen ein T Rohr aus Glas. An einem Aste des T ist mittelst eines Caoutchouc-

rohres eine Einstichskanüle befestigt, an dem gegenüberliegenden ein Caoutschoucschlauch als Ausflussrohr, während an dem kurzen senkrechten Aste des T ein Gummiballon angebracht ist. Durch rythmische Compression dieses Ballons wird, indem man abwechselnd bald das abführende, bald das zuführende Gummirohr mit den Fingern zudrückt, durch den Apparat bald aspirirt, bald expellirt. Der Apparat, durch seine Einfachheit der Anerkennung werth, leistet nach D. G. dasselbe, wie die Dieulafoy'sche Spritze. Ueberdies kann man ihn auch zur directen Transfusion von Blut verwenden.

Menzel (Triest).

F. Vizioli. Intorno un altro caso di trasfusione diretta di sangue in donna anemica.

(Il Morgagni 1874. Settembre.)

In der Einleitung vindicirt Verf. Herrn Prof. Albini in Neapel das Verdienst, die directe Transfusion vom Thier auf den Menschen wieder in's Leben gerufen zu haben. Die 1. Lammbluttransfusion führte Albini schon im Novbr. 1872 aus, während Gesellius 1873 darüber erst theoretische Vorschläge machte. Hasse's erste Transfusion vom Lamm auf den Menschen wurde am 27. März 1873 somit ebenfalls 4 Monate später als die Albini's vorgenommen.

Die jetzt beschriebene directe Lammbluttransfusion betraf eine 40jährige durch Uterinalblutungen sehr herabgekommene Frau. Der Erfolg war in jeder Beziehung zufriedenstellend. V. zieht darauf gegen die Transfusion von Mensch auf Mensch zu Felde; ein wichtiges Argument dagegen sei die Möglichkeit der Uebertragung von Krankheiten. (V. scheint zu vergessen, dass auch Lämmer nicht eben selten an infectiösen Krankheiten leiden, die sich trotz bedeutender Veränderungen innerer Organe während des Lebens leicht der Diagnose entziehen.)

V. spricht sich entschieden für die Wahl arteriellen Blutes aus. Zum Schluss vertheidigt er in mehreren Seiten die Kanüle Albini's gegen die Kanüle Postempski's. **Menzel** (Triest).

Rob. Bartholow. On the deep injection of chloroform for the relief of tic douloureux.

(The Practitioner 1874. July.)

Verf. berichtete bereits im vorigen Jahre in der Clinic (Cincinnati) über 3 Fälle von Tic douloureux, von welchen 2 unter der Anwendung tiefer subcutaner Chloroform-Injectionen wesentlich gebessert wurden. Auf Grund weiterer Erfahrungen ist B. der Ansicht, dass die tiefen Chloroform-Injectionen eine werthvolle Bereicherung unserer therapeutischen Hülfsmittel seien.

B. sticht mit einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze in der

Nähe des afficirten Nervenstammes möglichst tief ein und injicirt 10—20 Tropfen reines Chloroform. Im Moment der Injection heftiger, mehrere Minuten anhaltender Schmerz, der einem Gefühle von Taubsein und localer Anästhesie nebst Anschwellung für die Dauer einer Woche oder länger Platz macht. Allgemeine Sensationen, wie Schwindel, Sopor etc. sind auch beobachtet worden, aber B. hält sie für ungefährlich. Abscedirungen kamen nicht vor. Um die Heftigkeit des Schmerzes nach Chloroform-Injectionen selbst zu prüfen, hat sich B. 15 Tropfen in die Wade eingespritzt und erklärt die Schmerzempfindung für durchaus nicht so intensiv, als er geglaubt. 2 Wochen lang behielt Verf. eine haselnussgrosse Anschwellung an der Einstichsstelle. Sofort nach der Injection trat die locale Anästhesie auf, welche in den folgenden Tagen sich nach abwärts bis zum Fusse (inclusive) ausbreitete und mehr oder weniger 3 Monate lang bestehen blieb. — Zum Schluss theilt B. 5 Fälle von Gesichtsneuralgieen mit, die nach der beschriebenen Weise zum Theil mit vollständigem Erfolge behandelt wurden. **Tillmanns** (Leipzig).

Paul Kraske. Beiträge zur Lehre von dem Einfluss der Nerven auf die Ernährung der Gewebe.

Inaug.-Diss. Halle. 1874.

Verf. durchschnitt bei jungen Kaninchen den nerv. mandibularis innerhalb des Unterkiefers mit Schonung der Arterie. Er fand nach 2—4 Tagen Ulcerationen am Zahnfleisch, bei einzelnen später eine Erkrankung des Schneidezahns der betreffenden Seite. Da beide Kieferhälften stets gleichen Insulten ausgesetzt sind, schliesst Verf. auf eine »durch Nervenlähmung herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Gewebe«. Die Complication einer motorischen Lähmung, wie sie nach Durchschneidung des vagus und trigeminus die Reinheit der Beobachtung stört, fällt hier fort. **A. Genzmer** (Halle).

A. Gherini. **Del tetano traumatico.**

(Gaz. med. ital. Lombardia 1874. No. 41.)

Verf. hatte im Verlauf von mehreren Jahren 26 Fälle von Tetanus traumaticus in Behandlung. Derselbe trat fast ausschliesslich zu zerrissenen oder gequetschten Wunden und kam meist schon in den ersten Tagen zum Ausbruch. 16 Mal betraf die Verletzung Hand oder Fuss, 10 Mal andere Körperstellen. Von den 26 starben 20 und heilten 6. Von den geheilten waren 3 mit Curareinjectionen, 2 mit Mercurialien und 1 mit Chinin behandelt worden.

Menzel (Triest).

Delsol. Quatre blessés atteints de tétanos, trois guérisons.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 31.)

Die Behandlung war in allen 4 Fällen, die sämmtlich schwer Verletzte betrafen, die gleiche: 6 grm. Chloralhydrat, 60 Tropfen Opiumtinctur auf 150 grm. Flüssigkeit, davon viertelstündig ein Esslöffel voll bis zum Aufhören der Anfälle, zugleich Einlegen eines Keiles zwischen die Zahnreihen, um das Trinken zu ermöglichen. Beim Wiederkehren der Anfälle erneute Anwendung des Mittels, so dass bis zu 12 grm. Chloralhydrat und 120 Tropfen Opiumtinctur an einem Tage verbraucht wurden.

Ein Fall endete nach 40 Stunden in einem Anfalle, bei den 3 übrigen wurde Heilung erzielt, doch war eine deutliche Besserung in dem Zustande, so dass in der Dosis des Mittels herabgegangen werden konnte, erst nach etwa 3 Wochen bemerkbar. Der eine Patient wurde 14 Tage nach Beginn des Tetanus am ganzen Körper ödematös, ohne dass im Harn Albumen nachgewiesen werden konnte.

Gersuny (Wien).

Luigi Calori. Sulle anomalie del canale e del nervo sotto-orbitale etc.

(Rivista clinica di Bologna 1874. No. 10.)

Gegenwärtige Arbeit ist wesentlich eine Bestätigung und Erweiterung der Monographie von Gruber (Ueber die Infraorbitalcanäle bei dem Menschen und bei den Säugethieren, Petersburg 1874). Wir heben aus derselben nur das hervor, was chirurgisch wichtig ist. Dahin gehört vor allem die gar nicht seltene Anomalie (unter 1000 Schädeln über 100 Mal), dass nicht 1, sondern 2—3 Foramina infraorbitalia in gewissem Abstande von einander bestehen, so dass der Nerv nicht einfach, sondern in mehreren getrennten Aesten hervorkommt. Es ist begreiflich, dass in einem solchen Fall die Durchschneidung des Nerven am Austritt aus dem normal liegenden Foramen infraorbitale bei bestehender Neuralgie gar keinen Erfolg haben wird. C. räth darum immer, den Nerven hoch oben im Infraorbitalcanal zu durchschneiden, bevor er sich in die verschiedenen Aeste spaltet. (Bekanntlich wird er nach der Langenbeck'schen Methode in der fissura orbit. inf. durchtrennt, noch bevor er an den Canal selbst herantritt.)

Menzel (Triest).

A. A. Lindh. Pannus, durch involuntäre Uebertragung von blennorrhoischem Eiter geheilt.

(Hygiea 1874. p. 92.)

Die Pat. war ein Weib von 40 Jahren, welches seit einiger Zeit ziemlich resultatlos an Pannus behandelt wurde. Sie hatte wenig

mehr als quantitative Lichtempfindung. Durch die Unvorsichtigkeit einer Wärterin wurde sie mit dem blennorrhoischen Eiter einer anderen Patientin, die in derselben Stube lag, inficirt. Die Krankheit nahm die diphtheritische Form an und war sehr heftig. Trotzdem ulcerirten die Hornhäute nicht, sondern fingen im Gegentheil bald an, sich aufzuhellen und wurden nach 2 Monaten vollständig klar, so dass Pat. die kleinste Schrift der Snellen'schen Tabellen lesen konnte.

Eine andere Patientin, welche nicht an Pannus litt, und bei derselben Gelegenheit angesteckt wurde, verlor das eine Auge.

Rossander (Stockholm).

Bajardi. Anomalie di origine delle arterie tireoidea sup. e linguale.

(Gazzetta delle cliniche 1874. No. 41.)

Unter 117 Leichen fand B., dass die art. thyreoidea sup. 37 Mal nicht aus der Carotis ext., sondern aus der Carotis communis ihren Ursprung nahm (31%), und zwar 33 Mal in der Höhe der Theilungsstelle, 4 Mal aber tiefer unten. Ferner sah B. in einem Falle die art. lingualis ½ Ctm. unterhalb der Theilungsstelle aus der Carotis communis entspringen und knapp an der Innenseite der Carotis ext. bis zum Niveau des grossen Zungenbeinhorns steigen, von wo aus sie nach innen unter den musc. hyoglossus trat. **Menzel** (Triest).

O. G. Silvestri. Nuovo metodo per la riduzione della lussazione scapolo-omerale colle sole forze del chirurgo.

Bekanntlich hat schon A. Cooper vorgeschlagen, die Reduction der Schulterverrenkungen vorzunehmen, indem der Operateur das Knie oder die Ferse in die Achselhöhle stemmt, um daran ein Hypomochlion zu haben und gleichzeitig die Contraextension auszuführen. S. verwirft das Anstemmen der Ferse als überaus roh, und empfiehlt dafür das Anstemmen mit der Fussohle, so dass die Concavität der Planta gleichsam eine Rinne bildet, auf welcher der Oberarmkopf zu gleiten hat. S. referirt mehrere Fälle von frischen und selbst bis 5 Monate alten Luxationen, die er auf diese Weise ohne Assistenz einrichtete. **Menzel** (Triest).

Kleinere Mittheilungen.

Bonchaud. Invagination du gros intestin; chute du coecum, guérison.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 105.)

Eine 40jähr. Frau erkrankte plötzlich unter allen Symptomen einer completen Darmverschliessung; nach 14tägigem Leiden trat zum ersten Male diarrhoischer Stuhlgang ein, ohne dass hierdurch der Zustand der Pat. wesentlich gebessert

wurde. In der 3. Woche drängte sich ein ca. 15—20 Cm. langes Eingeweide aus dem After. Als B. in der 10. Woche die Pat. zum ersten Male sah, war der Leib noch aufgetrieben und namentlich linkerseits schmerzhaft; das vorgefallene Eingeweide war ohne Schwierigkeit als ein bereits vollständig in Gangrän übergegangenes, invaginirtes Darmstück zu erkennen. Auffallend war nur, dass es keine centrale, dem Darmlumen entsprechende Oeffnung zeigte, sondern in einem Blindsack endigte.

Bald darauf ging es spontan ab; es war 40 Cm. lang, und bestand aus dem Colon ascendens und Coecum mit dem Processus vermiformis; den vorliegenden Blindsack hatte das Coecum gebildet. Pat. genas in kurzer Zeit.

Schädel (Heidelberg).

Giuseppe Ponzoni. Dell' orchite e sua cura col riposo.

(Gaz. med. ital. Lombardia 1874. No. 43.)

Nach dem Rathe Fiorani's werden in Lodi die Hoden- und Nebenhodenentzündungen ausschliesslich durch Ruhe behandelt. Der Kranke bleibt fortwährend im Bett und darf nicht einmal zu seinen Stuhlentleerungen aufstehen; der Hodensack wird auf ein kleines Kisschen gelagert und über demselben eine Longuette gekreuzt. Von 32 so behandelten Fällen heilten 27 vollkommen ohne jede andere Therapie, und zwar in viel kürzerer Zeit, als dies bei Anwendung von Medicamenten zu geschehen pflegt. **Menzel** (Triest).

J. C. T. Pravaz. Observation de contracture du trapèze simulant une déviation de la colonne vertébrale et terminée par la guérison.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 30.)

Ein Mädchen von 14 Jahren wurde nach einem heftigen Gemüthsaffecte »scoliotisch«, und zwar nahm die Biegung der Wirbelsäule durch 4 Monate allmälig zu; das Bild war ganz das einer hochgradigen Scoliose; die Brustwirbelsäule war im oberen Theile stark seitlich gekrümmt. Die Convexität nach rechts, oberhalb und unterhalb compensatorische Krümmungen. Der innere obere Winkel der rechten Scapula war hoch hinaufgezogen, der untere Winkel stark abstehend.

Die obere Partie des M. trapezius dext. war hart, bei Druck schmerzhaft. Durch Faradisation des M. serratus ant. maj. wurde die Scapula vorübergehend in ihre normale Stellung gebracht; Galvanisation des Trapezius, Douchen, Massage waren ohne Wirkung. Verf. machte intramusculäre Injectionen einer einprocentigen Atropinlösung in der Dosis von 2—4 Tropfen 2 Mal wöchentlich, doch erst eine Dosis von 6 Tropfen, die schon starke allgemeine Intoxicationserscheinungen verursachte, brachte eine wesentliche Besserung in der Haltung und in den Bewegungen hervor; bei einer gymnastischen Uebung, die von der Pat. schon früher oft ausgeführt worden war, fühlte sie plötzlich ein Knacken in der Schulter, das auch von Anderen gehört wurde, und die Difformität war ganz und dauernd beseitigt, nachdem sie ein Jahr lang bestanden hatte (Erklärung? Red.).

Verf. schliesst daran die kurze Mittheilung von 2 anderen Fällen von Muskelcontracturen, die unter Atropininjectionen rasch heilten. **Gersuny** (Wien).

Rud. Meyer (Zürich). Cystenkropf, wiederholte Explorativpunction, acute Verjauchung mit tödtlichem Ausgang.

(Wiener med. Presse 1874. No. 33.)

Der Patient war 62 J. alt, die Explorativpunction war mittelst der Pravaz'schen Hohlnadel gemacht worden. Bei der ersten Punction hatten sich einige Tropfen Serum entleert, bei der zweiten jedoch war gar keine Flüssigkeit zum Vorschein gekommen. Einige Tage nach diesem letzten Eingriff trat Entzündung mit gangränösem Zerfall und Gasentwicklung in der Cyste auf. Trotz ausgedehnter Spaltung ging der Kranke unter Schüttelfrösten zu Grunde.

Die Cyste hatte starre, zum Theil verkalkte Wandungen. Verf. vermuthet, dass sie nicht zusammenfallen konnte und daher Luft bei der Punction eintreten musste. Er schlägt als therapeutische Adjuvantien bei der Behandlung der Stru-

men vor: Gurgelungen mit 1—2% Jodlösungen, hydropathische Einwicklungen des Halses mit Compressen, die in Jodlösungen getaucht sind; — endlich bei Leuten, die eine Jodidiosynkrasie haben, hydropathische Einwicklungen mit in Meerwasser getränkten Compressen. **Winiwarter** (Wien).

Klingholz. Zwei Fälle von Lipom.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

Die Krankengeschichten zweier im Sommer 1874 in Greifswald operirten, grossen Lipome werden ausführlich mitgetheilt.

1) 63jähr. Frau, mit $3^1/_4$ Pfund schwerer, seit 49 Jahren bestehenden, von der Spina scapulae bis vorn zur 4. Rippe reichenden Geschwulst. Unteres Ende ulcerirt und das fibrilläre Zwischengewebe dieser Stelle einfach verkalkt. Heilung erfolgte ohne bemerkenswerthen Zwischenfall.

2) 59jähr. Frau, mit mannskopfgrossem, $4^1/_2$ Pfund schwerem Lipom über dem 6. Brustwirbel. Wiederholte Blutungen aus einer über den Tumor verlaufenden, arrodirten Vene. Exstirpation der Geschwulst, Heilung ohne Besonderheiten. **Ranke** (Halle).

Cartaz. Epithéliome de la base de la langue ayant envahi le pharynx et le larynx. — Destruction de l'epiglotte. — Deglutition possible sans accidents de suffocation.

(Le progrès médical 1874. No. 42.)

Ein 70jähr. Mann litt an Krebs der Zungenwurzel, des vel. palatin., des Pharynx und Larynx. Wegen Glottisödem musste er tracheotomirt werden. Die Kanüle durfte man später nie länger, als etwas über $^1/_2$ Stunde entfernen. In den letzten 4 Monaten des Lebens war die Zunge so weit hervorgedrängt, dass sie zur Hälfte aus dem Munde heraushing; jede Mastication war vollständig unmöglich; Pat. konnte nur flüssige oder breiige Substanzen zu sich nehmen. Auffallend war, dass beim Schlucken nie Erstickungserscheinungen auftraten, obgleich, wie sich bei der Section herausstellte, die Epiglottis bis auf einen minimalen Rest gänzlich zerstört war. Eben so wenig kamen die Speisen durch die Nase zurück. — C. sucht die Erklärung in der, durch Zerstörung der linken Gaumenbögen und der linken Hälfte der Zungenwurzel gebildeten, colossalen Höhle, durch welche die (stets mehr oder weniger flüssigen) Speisen seitlich vom Kehlkopf in den Pharynx gewissermassen hinunterfielen. Pat. hatte bei Lebzeiten auch stets während des Essens den Löffel nach der linken Seite dirigirt und den Kopf ebenfalls nach links geneigt. Verf. will die wirksame Rolle, welche die Constrictoren des Pharynx und die Erhebung des Kehlkopfs nach oben und vorn spielen, dabei nicht ausser Acht lassen. **Petersen** (Kiel).

Bryant (Guy's Hospital).

(Med. tim. and gaz. 1874. October 17. p. 442.)

1) 2 Fälle von Lippenkrebs zum Beweise, dass dieses Carcinom die günstigste (?) aller Formen desselben sei; die Fälle betreffen ein 74jähr. Individuum mit dem 2. Recidiv eines seit 20 Jahren bestehenden Unterlippenkrebses, welches mittelst Keilexcision entfernt wurde — sodann einen 50jähr. Mann, mit schon 8 Jahre bestehendem Unterlippenkrebs, welcher in gleicher Weise behandelt wurde.

2) Carcinom der Narbe eines Amputationsstumpfes.

Dem zur Zeit 58jähr. Patienten waren im Alter von 4 Jahren beide Unterschenkel amputirt, infolge einer nach Typhus eintretenden Gangrän. Seit 4 Jahren ein nicht heilendes Geschwür am linken Stumpfe, welches sich im Spitale als Carcinom herausstellte und die Oberschenkelamputation auf der linken Seite nothwendig machte. Heilung.

3) 2 Fälle von Zottenkrebs der Blase, deren erster, bei einem 70jähr. Schuhmacher, in 2 Monaten unter bedeutenden Blutungen zum Tode führte; der 2. Fall betraf einen 37jähr. Pat. und hatte nach 8jähr. Dauer die ganze Innenfläche der Blase eingenommen. **Ranke** (Halle).

David Hepburn. Correlation of growth between the teeth and the hair.

(The monthly review of dental Surgery 1874. July.)

H. macht darauf aufmerksam, dass eigenthümliche Beziehungen zwischen Haar und Zähnen existiren, was nicht auffallen könne, da beide Organe Hautgebilde seien und sich in derselben Weise entwickelten.

Abnorme Zustände in dem einen Organe werden daher abnorme Verhältnisse in dem anderen hervorbringen.

Anfang dieses Jahrhunderts lebte zu Burma ein Mann, dessen ganzer Körper — Hände und Füsse ausgenommen — mit Haaren bedeckt war. Er besass nur 4 Incisoren im Oberkiefer — im Unterkiefer 4 Incisoren und 1 Eckzahn. Eine Tochter zeigte dieselben Eigenthümlichkeiten, und ebenso soll der einzige Sohn derselben beschaffen gewesen sein.

Julia Pastrana hatte am unteren Theil des Gesichts einen starken Bartwuchs. Ein genauer Abdruck ihres Kiefers zeigt eine bedeutende Hypertrophie des gesammten Zahnfleisches, wodurch entweder die Zähne gänzlich verloren gegangen, oder überwuchert worden sind.

Der letzte Fall betrifft die »Kostroma-Menschen«. Andrian der Vater, dessen Gesicht und Hals vollständig mit Haaren bedeckt ist, hat im Oberkiefer nur einen Zahn (nach Virchow einen Eck-, nach Tomes und Coles einen seitlichen Schneidezahn) und im Unterkiefer die Reste von 4 Incisoren. Sein Sohn, dessen Gesicht auch voll von hellen, feinen, langen Haaren ist, hat im Oberkiefer keinen Zahn, aber Zahnfleisch, das sich fast hornartig anfühlt. Im Unterkiefer stehen nur 4 Schneidezähne.

Ferner citirt Tomes den Darwin, der erwähnt, es gebe in der Türkei eine Rasse Hunde, die fast haarlos sind und die nicht die gewöhnliche Anzahl von Zähnen besitzen. **Holländer** (Halle).

Haddon. The present treatment of bites by dogs.

(Med. tim. and gaz. 1874. October 31. p. 492.)

Angesichts der in letzter Zeit namentlich in Lancashire häufig beobachteten Wasserscheu polemisirt H. gegen die landesübliche Behandlung der Hundebisse mit starker Arg. nitr. Aetzung. Theoretisch sei die Behandlung nicht zu rechtfertigen, und praktisch spräche die grosse Verbreitung der Krankheit gegen den Werth des allgemein verwendeten Mittels. Unter der Voraussetzung der rein contagiösen Verbreitung der Seuche schlägt er zur ewigen Tilgung derselben eine Beobachtungsquarantäne für alle in England vorhandenen und dorthin gelangenden Hunde vor. Bei Behandlung des Bisses räth er ausser Aussaugen und Ausschneiden der verletzten Stelle eine energische Auswaschung mit gesättigter, heisser, wässriger Carbolsäurelösung. Weiterhin solle man für eine möglichst rasche und ruhige Heilung sorgen. **Ranke** (Halle).

Sansom. On gelatine discs containing alkaloids for hypodermic administration.

(Med. tim. and gaz. 1874. October 31. p. 494.)

S. schlägt der grösseren Sicherheit und Bequemlichkeit wegen vor, Gelatinescheibchen mit der genau bemessenen Dosis der zur Injection bestimmten Arzneimittel imprägniren zu lassen. Vor jedem beabsichtigten Gebrauche wird das Scheibchen in einigen Tropfen Wassers in einer Tasse aufgelöst und sodann mit der gewöhnlichen Spritze injicirt. Im London-Hospital ist diese Methode mit gutem Erfolge angewendet worden. **Ranke** (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. **Sonnabend, den 5. December.** **1874.**

Zur Lehre von den Brucheinklemmungs-Klappen.

Von

Prof. W. Roser.

Als ich einst, nach jahrelangem Beobachten, Studiren und Nachdenken zu dem Resultate gekommen war, dass ein Klappenmechanismus bei der Brucheinklemmung stattfinden müsse, als es mir dann im Jahre 1856 geglückt war, die Einklemmungsklappe durch einen sehr einfachen Versuch nachzuweisen, da sagte ich höchst befriedigt zu mir selbst: Victoria! ich hab's gefunden! Ich dachte nun, dass diese Entdeckung auch vielen meiner Fachgenossen Interesse und Freude erregen sollte, es ist ja sonst gewöhnlich der Fall, dass man die Aufklärung einer vorher dunklen und nicht begriffenen wichtigen Erscheinung mit Freude begrüsst. Ich dachte auch, dass alle Fach-

genossen die Sache für praktisch wichtig halten würden, da ja früher über die Indicationen der Taxis und Herniotomie eine so klägliche Unsicherheit geherrscht hatte. Ich hoffte, das Experiment, welches man in zwei Minuten bei jeder Autopsie gelegentlich machen kann, würde von allen Collegen, die sich mit Herniotomie beschäftigen, nachgeahmt und studirt werden.

Aber diese Hoffnung hat sich schlecht bestätigt! Die neue Entdeckung wurde wenig besprochen, freilich auch nicht bekämpft, sie wurde mit wenigen Ausnahmen (Linhart, Streubel, Bardeleben, Busch, Plum müssen hier ehrend genannt werden) todtgeschwiegen. Jetzt ist die Sache 18 Jahre alt und in diesem Jahre kommt die erste Bekämpfung! Aber kann ich die Arbeit von Herrn Dr. Lossen wirklich eine Bekämpfung meines Experiments nennen? Ich glaube, ich muss eher ein Ignoriren meines Fundamentalversuchs darin finden. Herr Lossen widerlegt nicht meinen Versuch, oder die daraus gezogenen Schlüsse, sondern er beschreibt ein ganz anderes Experiment, welches Nichts mit meiner Theorie zu thun hat. Er erzeugt eine Hemmung der Darmleitung durch hohen Druck von dem zuleitenden Darmtheil aus, während ich die Klappenentstehung von der eingeklemmten Darmschlinge aus gezeigt habe. Herrn Lossen's Deductionen über Darmhöhlendruck u. s. w. sind ganz interessant, aber sie erklären die Phänomene der Brucheinklemmung, z. B. die Härte des Bruchs und die Absperrung des Darminhalts in der Schlinge nicht, während mein einfaches, leichtes, in zwei Minuten zu machendes Experiment sie sogleich erklärt.

Ich weiss zur Vertheidigung meiner Lehre nichts Besseres zu sagen, als dass ich die Bitte an die Fachgenossen ausspreche, sie möchten doch mein altes, einfaches, leichtes, überzeugendes und beweisendes Experiment nachmachen. Man schiebt eine Darmschlinge in das 1 Cm. grosse Loch eines Brettchens, treibt flüssigen Darminhalt in die vorliegende Schlinge hinaus und drückt nun diese volle Darmschlinge an ihrer Spitze mit den Fingern zusammen. Es gelingt, wenn auch nicht immer auf den ersten Griff, fast bei jedem Cadaver die Einklemmungsklappe zu erzeugen und sich von dem Klappenmechanismus, der hier stattfindet, zu informiren. Und wem dieses Experiment gelungen ist, der wird nicht umhin können, meine Einklemmungstheorie zu adoptiren. Die mechanischen Verhältnisse sind ja dieselben, wie bei Brucheinklemmung, die physikalischen Erscheinungen sind auch dieselben, also wird auch über die Anwendbarkeit des Experiments auf die Brucheinklemmungslehre kein Zweifel obwalten.

Alle weiteren Deductionen sind wohl unnöthig, aber ich wiederhole die eindringliche Ermahnung, welche ich schon im Jahre 1860 (Archiv für Heilkunde, p. 183) den Zweiflern gegenüber ausgesprochen habe: »Wer den Mechanismus der Brucheinklemmung begreifen will, muss mein Experiment machen«.

Marburg, 23. November 1874.

Wladimir Lukomsky. Untersuchungen über Erysipel.

(Virch. Archiv Bd. LX. p. 418.)

Die Untersuchungen wurden im v. Recklinghausen'schen Institut angestellt und sind theils histologischer, theils experimenteller Natur. Neun Leichen von Individuen, die von Erysipel befallen gewesen, wurden untersucht. Wo der erysipelatöse Process ganz frisch und noch im Fortschreiten war, fanden sich Micrococcen in grosser Anzahl in den Lymphgefässen und Saftkanälchen. Wo der Process bereits im Rückgang oder auch im Stillstand sich befand, waren dieselben nicht anzutreffen, wenn auch der entzündliche Process noch in starker Intensität existirte. Im subcutanen Gewebe fanden sich jedoch auch in dieser Zeit 1 Mal grosse Mengen von Micrococcen. In einem Fall erfüllten die Micrococcen die Lymphgefässe nur an bestimmten Stellen nahe dem Wundrand, traten dagegen weiter von diesem fast exclusiv nur in den Blutcapillaren auf, vielleicht hierhin durch Wanderzellen eingeschleppt.

Auf Thiere wurden pilzhaltige Stoffe übertragen mittelst subcutaner Injection. Es wurde hierbei die Erfahrung anderer Autoren bestätigt, dass sich hierdurch rasch verbreitende, stark phlegmonöse Unterhautgewebsentzündungen mit bedeutender Betheiligung der Cutis entwickeln, dass die Micrococcen sich hierbei im Gewebe in sehr beträchtlicher Weise entwickeln und sich hauptsächlich in den Saftkanälen und in den Lymphgefässen ausbreiten. Dieser entzündliche Process kann hervorgerufen werden durch eine pilzhaltige Flüssigkeit, welche noch keine Fäulnisszeichen wahrnehmen lässt (Strumacysteninhalt von einem vor einem Tage secirten Mann), ebenso durch pilzhaltige Flüssigkeit vom lebenden Individuum (von einer ödematösen, entzündeten Hautstelle eines Kaninchens); Leichenflüssigkeit ohne Gegenwart von Micrococcen und Bacterien bringt an und für sich nur locale Entzündung hervor. Pilzfreier Inhalt erysipelatöser Blasen braucht keine krankhaften Erscheinungen hervorzurufen. Während sich der durch subcutane Injection erzeugte entzündliche Process vom Erysipel in einigen Beziehungen unterscheidet, konnte durch bacterienhaltige Flüssigkeiten, die direct auf eine Wunde aufgelegt oder aufgepinselt wurden, ein wandernder Entzündungsprocess erzeugt werden, der sich nach allen seinen Symptomen nicht von dem sogenannten Erysipel des Menschen unterscheiden liess, in dem speciell Vorkommen und Wanderung der Micrococcen dasselbe war, wie es L. bei menschlichen Sectionen gefunden und beschrieben hat. Die gleichzeitig beobachtete Anfüllung der Lymphcapillaren und des Systems der Saftcanälchen mit Micrococcen beweist dem Verf., dass ein Zusammenhang zwischen diesen Beiden existirt. Dass zu phlegmonösen Entzündungen des Unterhautgewebes sich sehr selten Erysipelas der zugehörigen Cutis gesellt, scheint daran zu liegen, dass die Micrococcen sich leichter in dem lockeren und maschigen Gewebe erster Art fortpflanzen, als in der derben, mit engen Saftkanälen versehenen

Cutis. Entgegen dem Volkmann-Steudener'schen Befund war das Unterhautbindegewebe selten am Erysipel betheiligt.

Madelung (Bonn).

G. Strassburg. Experimenteller Beitrag zur Wirkung des Alkohols im Fieber.

(Virch. Archiv 1874. Bd. LX. p. 471.)

S. sah nach grossen Alkoholgaben (50—100 Ccm.) bei einem fiebernden Erysipelaskranken einen regelmässigen Abfall der Temperatur, der in maximo 0,5° betrug; bei einem fiebernden Phthisiker einen Abfall mehrmals um 0,9°, im Durchschnitt nur ein wenig über 0,5°. Reichlich angestellte Controlversuche lassen keinen Zweifel zu, als sei der Temperaturabfall blosse Erscheinung der Tagesschwankungen. Ein nicht fiebernder Reconvalescent hatte nach 90 Ccm. absolutem Alkoholgenuss keinen so grossen Abfall der Temperatur, als in den Fieberfällen beobachtet wurde. Der Alkohol scheint also analog dem Chinin bei Anwesenheit von Fieber sicherer einzugreifen. Da, wo der Alkohol wirkt, wirkt er temperaturerniedrigend.

S. betont die Wichtigkeit der richtigen Dosirung des Alkohols, d. h. der grossen Gaben, warnt vor fuselölhaltigen Alkoholicis und empfiehlt den Spirit. vin. rectificatiss. verdünnt mit Wasser, wenig Citronensaft und Zucker.

Madelung (Bonn).

M. Wahl. Zur Mechanik der Schussverletzungen.

(Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1. p. 56—91.)

Die mit Nachdenken geschriebene, aber nichts Neues enthaltende Arbeit führt in ihrem ersten Theile aus, dass man bei der Flugbahn der Geschosse bezüglich der Einwirkungen derselben auf den Körper theoretisch drei verschiedene Zonen festhalten könne.

In der Zone der Ausgangsgeschwindigkeit oder der intensiven lebendigen Kraft durchfliegt die Kugel die Gewebe, namentlich die weniger resistenten derselben mit solcher Vehemenz, dass ihre Bewegungen und Schwingungen der Nachbarschaft nur in geringem Maasse sich mittheilen, woraus minimale Erschütterungskreise resultiren.

In der Zone der mittleren Geschwindigkeit und lebendigen Kraft braucht das Geschoss mehr Zeit zur Zurücklegung des Weges, den es in der ersten Zone machte; es verweilt daher länger im Schusscanal und bringt in demselben neben seiner fortschreitenden auch noch seine rotirenden aus grösserer Winkelstellung zwischen Geschossachse und Flugbahn hervorgehenden Bewegungen zur Wirkung. Daher wird unter Umständen der Substanzverlust grösser ausfallen und ein grösseres Areal des Nachbargewebes der Wunde in Schwingungen versetzt werden, aus denen Quetschungen und Erschütterungen resultiren.

Die Zone der erlöschenden Geschwindigkeit und lebendigen Kraft

ist dadurch charakterisirt, dass die fortschreitenden Bewegungen des Projectils viel weniger, als die rotirenden massgebend werden. Die Schwingungen aller Atome einer um ihre Achse rotirenden matten Kugel werden auch den Molekülen der betroffenen organischen Gebilde mitgetheilt und das ist schon hinreichend, sie aus ihrer Lage zu bringen und nach den verschiedensten Richtungen hin zu verschieben.

Im Weiteren wird ausgeführt, wie die Construction der Gewehre und Geschosse, der Widerstand der Gewebe und der Einfluss der Masse des Projectiles diese Verhältnisse beeinflussen.

Der zweite Theil giebt, immer in Hinblick auf die eben entwickelten Vorgänge, das Genauere über die vier verschiedenen Kategorieen von Schussverletzungen — die Prell- und Streifschüsse, die Abreissungen und Schusscanäle. Ein Auszug dieses Abschnittes ist hier nicht statthaft.

Wilh. Koch (Berlin).

Chirurgischer Bericht des St. Thomas Hospitals.

(St. Thomas's Hosp.-Reports 1873.)

Im Jahre 1872 wurden behandelt 1332 Männer und 743 Weiber, davon wurden:

	geheilt	gebessert	ungebessert	transferirt	starben
Männer	882	193	17	12	112, also 9,21%
Weiber	486	117	7	9	41, also 6,28%

Einfache Fracturen kamen 228 in Behandlung, davon starben 13, complicirte 45 mit 15 Todesfällen. — Von den wichtigeren Operationen mögen folgende hier ihre Stelle finden:

1) Amputationen 22 mit 12 Heilungen und 10 Todesfällen, darunter Oberschenkel primär 1 Heilung, 1 Tod, secundär 1 Tod, wegen Erkrankungen 3 Heilungen, 1 Todesfall. — 2) Exarticulationen 25, davon nur 3 gestorben, darunter nach Exart. coxae 2 geh., 1 gest. Die anderen Exartic. betreffen nur Finger und Zehen. — 3) Resectionen: der Hüfte: 3 geh., 5 gest.; des Kniegelenks: 13 geh., 5 gest.; des Fussgelenks: 1 Heilung; des Ellenbogengelenks: 2 geh., 1 gest.; der Hand: 1 Heilung; des Oberkiefers: 1 gest., nachdem die Carotis wegen Nachblutung unterbunden worden. — 4) Von 37 Sequestrotomieen wurden 16 geh., 19 gebessert und 2 starben. — 5) Trepanationen sind 2 geh., 1 gebessert, 3 gest. — 6) Von 15 Herniotomieen sind 7 geh., 8 gest. — 7) 4 Steinschnitte mit Erfolg operirt. — 8) 3 Gastrotomieen wegen Carc. oesoph. gestorben. — 9) 1 Fall von Lithotripsie gestorben, 1 von Colotomie genesen. — 10) Von grossen Gefässen wurde die Carotis comm. 1 Mal ohne Erfolg unterbunden (siehe oben), ebenso 2 Mal die Iliac. ext. — 11) Von 4 Ovariotomieen hatten 2 mit multiloculären Cysten einen tödtlichen Ausgang.

Pils (Stettin).

J. Minkiewicz (Tyflis). Heilung gewisser Aneurysmen vermittelst der unvollständigen Ligatur (à fil perdu).

(Gazeta lekarska Bd. XVII. No. 3—9, polnisch).

M. stellte Versuche an Thieren (Hunde, Schafe, Böcke) an, um zu entscheiden, ob bei Aneurysmen die unvollständige Ligatur des centralen Gefässendes statthaft sei. Es wurde die arteria carotis communis deshalb zu den Versuchen gewählt, weil einerseits durch Gehirnsymptome die Folgezustände am besten studirt werden konnten und andererseits gerade diese Arterie für den Chirurgen das grösste Interesse darbietet. Im Ganzen wurden 14 Versuche angestellt, von denen in 6 aus vom Operateur unabhängigen Rücksichten die Section nicht gemacht wurde, dagegen an den übrigen 8 ausgeführt werden konnte. Die ersteren Fälle führten zu folgenden Schlüssen: 1) Dass die unvollständige, das Lumen der Arterie auf $^1/_2$ bis $^1/_3$ ihres früheren Durchmessers verengernde Ligatur der Carotis comm. weder den Tod, noch Gehirnsymptome nach sich ziehe. Das Ophthalmoskop wies auch keine von Circulationsstörungen abhängigen Veränderungen nach.

2) Es blieb sich gleich, ob die linke oder die rechte Carotis comm. unterbunden wurde.

3) Die localen Symptome blieben auf Abscesse (2 Fälle) beschränkt, wobei hervorgehoben werden muss, dass kein einziges Mal eine Nachblutung beobachtet wurde.

4) Der Allgemeinzustand der Thiere war zufriedenstellend.

Die anderen 8 Fälle, in denen die Section stattfand, ergaben, dass nicht nur an der Stelle der Ligatur selbst, sondern auch oberhalb und unterhalb derselben an dem unterbundenen Gefässe eine Verengerung und zwar auf einer Strecke von etlichen Centimetern vorhanden war. Diesen Umstand erklärt Verf. als zum Theil bedingt durch eine infolge von Entzündung entstandene, locale Verdickung der Gefässwände.

Die Carotis kann auch durch eine unvollständige Ligatur entzwei getheilt werden, wodurch auch in einem Falle eine tödtliche Blutung entstanden war. Nur in einem Falle fand M. einen wandständigen Thrombus, in den anderen war er nicht zu finden.

Weiter begründet M. den Satz, dass durch die incomplete Metallligatur die Geschwindigkeit des Blutlaufes vermindert werde und weist auf die Möglichkeit hin, dadurch eine Gerinnung des Blutes im Aneurysma, folglich seine Heilung herbeizuführen, ohne wichtige und von der unterbundenen Arterie ernährte Körperabschnitte (Gehirn) den aus einer ungleichmässigen Blutvertheilung resultirenden Gefahren preiszugeben.

(Gegenüber obigen Ausführungen vergl. L. Schuman, Versuche über den temporären und dauernden Verschluss des Gefässlumens etc., ref. im Centralbl. f. Chir. No. 24, p. 378. Ref.) **Obaliński** (Krakau).

Stassin. Aphasie par compression cérébrale suite de meningite.

(Archives médicales belges 1874. Hft. 10.)

Im Verlaufe einer acuten Pachymeningitis bei einem heruntergekommenen anämischen Individuum beobachtete S. schon am 3. Tage der Krankheit eigenthümliche Störungen des Sprachvermögens bei vollkommen erhaltenen Verstandeskräften. Der Kranke beantwortete alle Fragen, welche ein einfaches Ja oder Nein erforderten, präcis; auf andere Fragen jedoch, welche zusammenhängende Antworten nöthig machten, vermochte er unter sichtbarer Unruhe immer nur die drei Worte hervorzubringen: »reçu, versement, merci«. Auffallend war die völlige Wiederkehr des Wortgedächtnisses während dreier Tage gelinder Besserung des Krankheitszustandes. Nach einer abundanten Blutung aus der Nase jedoch wurde die Aphasie wieder eine vollständige, und unter Delirien, Contracturen in der rechten Körperhälfte und allgemeinen Convulsionen erfolgte der Tod. Als Ursache der aphasischen Erscheinungen spricht S. die Compression des Gehirns durch das bei der Autopsie gefundene meningitische Exsudat an.

Arn. Hiller (Berlin).

Karl von Braun-Fernwald (Wien). Ueber Enucleation eingekeilter Uterusfibrome.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 39, 40 u. 41.)

Verf. stellt den Satz voran, dass die intraparietalen Fibrome des Uterus mit der Gebärmutterwand in keiner festen Verbindung stehen, von einer Schicht lockeren Bindegewebes umgeben und daher aus der Kapsel des Uterusgewebes ausschälbar seien. Velpeau habe dies Verhalten gekannt, Amussat 1840 und Atlee 1845 aber zuerst dergl. Geschwülste enucleirt. Danach führt Verf. 46 Fälle von Enucleationen grosser Uterusfibrome an, über welche in der Literatur berichtet wird; dabei wurde 38 Mal Genesung erzielt, und zwar 1 Mal nach künstlichem Abortus, 1 Mal vor der Geburt des Kindes, 4 Mal wenige Tage nach derselben und 32 Mal ausserhalb des Puerperiums. Diesen Fällen gegenüber stehen die von Breslau und Spiegelberg gesammelten, in welchen 16 Mal grosse Cervicalfibrome zur Sectio caesarea Indication gaben und welche sämmtlich lethal endeten. B. zählt fernere 6 Fälle von Enucleation aus der eigenen Praxis auf und erhält so, wenn er noch 8 von Sims herrührende hinzunimmt, ein statistisches Material von 60 Fällen, bei welchen 51 (im Original steht irrthümlich 41 statt 51, Ref.) geheilt wurden. Die von B. mitgetheilten 6 Fälle sind alle genesen; theilweise waren sehr grosse (bis 6 Pfd. schwere) Fibrome dabei, welche nur zerkleinert entfernt werden konnten; 2 Mal war der Sitz in der Wand des Cervix und im Körper des Uterus, 3 Mal in der Wand des Cervix und der Vagina und 1 Mal im Grunde eines invertirten Uterus eingebettet. Die Enucleation geschah entweder in einer Sitzung oder in mehreren, die binnen weniger Tage wiederholt wurden. Verf. nennt erstere deshalb

die extemporisirte. Die Eröffnung der Fibromkapsel, sowie Zerkleinerung der grossen Geschwülste erfolgte meist galvanocaustisch. Vorbereitende Erweiterung des Cervix durch Laminaria etc. geschah nicht, sondern Spaltung durch Schnitt, während Sims den Muttermund durch Pressschwamm dilatirte. Die Blutungen nach der Operation waren gering. Sims legte Tampons mit liq. ferri subsulphati (durch 2 aq. verdünnt) in die Uterushöhle, B. mit Glycerin getränkte Wattetampons in die Scheide. — Anhangsweise theilt Verf. noch mit, dass Péan und Köberle durch Gastrotomie extrauterine Uterusfibrome mit Erfolg (66—78% Heilung) entfernt und in England und Amerika Nachfolger gefunden haben. Bei Entfernung grosser Uterusfibrome hat Péan in einer »méthode par morcellement« (vergl. Urdy, Examen au point de vue du manuel opér. etc. Paris 1874, p. 200) eine Art Esmarch'scher Blutentleerung der Geschwülste eingeführt: mittelst Nadeln führt er durch die Basis starke Metallfäden, nach deren Zuziehung erst die Zerstückelung der blutleeren Partieen erfolgt. Atlee's Beobachtung, dass der Inhalt der Uteruscysten (cystischer Myome) an der Luft rasch und massenhaft gerinne, sichert bei Probepunction die Diagnose fluctuirender Fibrome gegenüber den Ovarialcysten.

v. Mosengeil (Bonn).

Karl v. Braun-Fernwald (Wien). Ueber Hemmungsbildungen des Uterus, der Vagina und des Vestibulum.

(Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 36 u. 37.)

Verf. giebt an, dass 1) der Mangel der Gebärmutter meist mit Defect der ganzen Vagina verknüpft sei, dass ihm 11 solcher Fälle vorgekommen, unter denen 3 durch ungestümen Coitus entstandene Urinfisteln gezeigt hätten, 2) die Verkümmerung des Uterus angeboren oder erworben sei (letzteres besonders nach Entbindung zu jugendlicher Individuen). 3) Uterus duplex und unicornis rühren von abnormen Veränderungen der Müller'schen Gänge während des Embryonallebens her. Uterus didelphys wird nur bei lebensunfähigen Kindern gefunden. Uterus bicornis, bei dessen äusserstem Grade der doppelte Cervicaltheil in die einfache oder doppelte Scheide sich öffnet, ist sehr selten und vom didelphys dadurch unterschieden, dass bei ersterem äusserlich die beiden Hälften wenigstens im unteren Abschnitt vereinigt erscheinen. Uterus bicornis unicollis hat auf Schwangerschaft und Geburt gewöhnlich keinen störenden Einfluss, doch kommen dabei bisweilen Schulterlagen habituell vor. Bei ungehörnt getheiltem Uterus sind Conception, Schwangerschaft und Geburt möglich und verlaufen meist ohne besondere Störungen; Haematometra kommt bei Atresie des einen Muttermundes vor, unter entsprechenden Verhältnissen auch Hämatocolpos. Zur Erleichterung der Diagnose wird die hohe Rectalexploration nach G. Simon empfohlen.

v. Mosengeil (Bonn.)

M. F. Gavin. Three cases of spina bifida.

(The Boston med. and surg. Journal 1874. Vol. XCI. No. 3. p. 53.)

Verf. bemerkt, dass die, wenn auch nur sehr selten vorkommenden Fälle von Spina bifida in der Nackengegend diejenigen widerlege, welche den mangelnden Schluss des Wirbelkanals einer Hypersecretion des liquor cerebro-spinalis zuschreiben. — Der erste der angeführten Fälle betrifft einen 17jähr. Jüngling, gesund und von gesunder Abstammung. Bei der Geburt war der Tumor, der seinen Sitz über den letzten Lumbarwirbeln hat, so gross wie eine welsche Nuss. Sechs Monate später wurde er abgebunden, doch riss die Ligatur nach einigen Stunden und deren Wiederanlegen wurde verweigert. Gegenwärtig hat die gelappte Geschwulst die Grösse einer kleinen Cocosnuss. Druck ändert ihre Grösse nicht, verursacht jedoch Schmerzen, die nach dem Kopfe hinausstrahlen, und Brechneigung. — Der 2. Fall betrifft ein 4jähr. Mädchen, ebenfalls gesund und von gesunden Eltern. Geschwulst, in der Lumbo-Sacralgegend, ist seit der Geburt von der Grösse einer Orange zu einem Umfang von 15 Zoll angewachsen, sitzt mit breiter Basis auf, fluctuirt, ist durchscheinend. Weinen und Husten bewirken Zunahme der Geschwulst und Parese der unteren Extremitäten. — Der 3. Fall ist ein 6 Monate alter gesunder Knabe. Geschwulst sitzt in der Cervicalgegend, war klein bei der Geburt und hatte die Grösse einer dicken Apfelsine erreicht, durchscheinend, fluctuirend. Bei Druck darauf schrie das Kind heftig. Entleerung der Geschwulst vermittelst Dieulafoy's Aspirator. Inhalt war wässerig. Nach Entleerung konnte das Fehlen des proc. spinos. constatirt werden. Ein Abschnüren des Sackes mit einer Klemme wurde nicht ertragen. Rasches Anfüllen des Sackes, daher nach 15 Tagen 2. und 9 Tage darnach 3. Entleerung desselben. 9 Tage nach der 3. Entleerung hatte die Geschwulst wieder, trotz eines Compressivverbandes, ihre frühere Ausdehnung erlangt und wurde vorläufig ferneres Einschreiten verweigert. 5 Monate später hatte die Geschwulst den Umfang von 12 Zoll. Neue Punction und Entleerung von 10 Unzen Flüssigkeit. Druckverband. Nach 2 Tagen Tod. Section verweigert. Im Ganzen waren 32 Unzen wässriger Flüssigkeit entzogen worden, deren chemische Untersuchung die Identität mit Liquor cerebro-spin. ergab. **A. Burger** (London).

E. Charon et **K. Ledeganck.** Les calculs vésicaux dans la première et seconde enfance. Rélation de huit cas de lithotomie.

Bruxelles, **H. Manceaux.** 1873. 8. 20 p.

Aus 8 genau beobachteten Fällen von Blasensteinen bei Kindern zwischen 2 bis 9 Jahren, welche im Hospital Saint Pierre zu Brüssel sämmtlich mit glücklichem Ausgang und ungestörtem Heilungsverlauf

operirt worden waren, ziehen die Vff. den Schluss, dass einerseits Blasensteine im kindlichen Alter häufiger seien, als man gewöhnlich annimmt, andererseits ihre operative Entfernung (Vff. bedienten sich in allen Fällen des Bilateralschnitts von Dupuytren) bei Kindern ein sehr wenig eingreifendes und doch schnell wirkendes, ja selbst lebensrettendes Verfahren bilde.

Hinsichtlich der chemischen Zusammensetzung der an Zahl, Gestalt und Grösse sehr variirenden Steine ergab die von Ledeganck ausgeführte Analyse, dass 2 unter den Concrementen eine fast ausschliesslich mineralische Zusammensetzung zeigten (phosphorsaure, oxalsaure, kohlensaure Salze und Erden); alle übrigen bestanden der Hauptmasse nach entweder aus Uraten (Harnsäure) oder aus Oxalaten (oxals. Kalk). Die Reihe der harnsauren Concretionen entspricht nach L.'s Auffassung einer unvollkommenen Oxydationsstufe der stickstoffhaltigen Nahrungsstoffe, die zweite Reihe, der Oxalate, einer unvollkommenen Verbrennung der Kohlenwasserstoffverbindungen (Zucker, Amylaceen, Pflanzensäuren). Es handelt sich somit in der Mehrzahl der Fälle um eine Anomalie des Gesammtstoffwechsels. Als Ursachen für diese Zustände werden bezeichnet schlechte hygienische Verhältnisse, unzweckmässige Ernährung, namentlich Ueberwiegen der Pflanzenkost und Krankheiten, welche die Kohlensäure-Ausscheidung durch die Haut und die Lungen beeinträchtigen. **Arn. Hiller** (Berlin).

L. Medwedeff. Statistische Beiträge zur Lehre von den Harnröhrenstricturen.

(Moskauer ärztl. Bote 1874. No. 26, russisch.)

Verf. hat im Verlaufe von 4 Jahren 75 Fälle von Harnröhrenstricturen theils in der Klinik, theils ambulatorisch behandelt. Aetiologisch theilen sich die 37 klinischen Fälle in folgende Gruppen: durch blenorrhoische Urethritis entstandene Verengerungen = 28 Fälle, nach Aetzungen mit dem Lapisstifte (gegen Samenejaculationen) 4 F.; traumatischen Ursprungs 3 F., angeboren (zugleich mit Phimosis) 2 F. Therapeutisch vertheilen sich die Fälle folgendermassen: mit Bougies wurde erweitert in 27 Fällen, innere Urethrotomie in 5, äussere in 2 Fällen, blutige Erweiterung des Ostium cutaneum in 3 Fällen. Ein Fall von Urethrotomia ext. wird ausführlich beschrieben.

Heppner † (St. Petersburg).

Böttger. Drei Fälle von Darmverschluss durch Einblasen von Luft geheilt.

(Memorabilien 1874. Hft. 5. p. 203.)

In dem 1. Falle wurde bei nicht nachweisbarer Einklemmung eines bestehenden Leistenbruches und mangelnder Diagnose über Sitz und Art des Verschlusses nach Fehlschlagen aller Massnahmen bei

schon bestehendem Kotherbrechen, in kurzer Zeit durch Lufteinblasung die Wegsamkeit des Darmes erzielt.

In den beiden anderen Fällen bestanden eingeklemmte Brüche. Hier wurde bei dem einen (Scrotalhernie), da die Herniotomie zurückgewiesen war, die Insufflation als unschädlicher Versuch in Anwendung gebracht, bald entleerten sich wenig riechende, dann stinkende Gase und dünner Stuhlgang; die Untersuchung zeigte jetzt die Hernie reponirt; bei dem anderen (Femoralhernie) hatte die Insufflation nach mehrfach vergeblichen Taxis-Versuchen dasselbe günstige Resultat.

Pilz (Stettin).

Wilhelms (Dueren). Platzen des ductus thoracicus. Erguss von Lymphe in die Bauchhöhle.

(Correspondenzbl. d. ärztl. Vereine in Rheinland etc. etc. 1874. No. 14 p.)

Ein 6wöchentl. Kind bekömmt nach zwei Monate dauerndem Keuchhusten starke Anschwellung des Bauches. Die Paracentesis liefert 16 Schoppen milchähnlicher Flüssigkeit. Prof. Rindfleisch erklärte dieselbe für reine Lymphe, welche sich aus dem geplatzten ductus thoracicus in die Bauchhöhle ergiesse. Im Laufe eines Jahres ist die Operation 10 Mal wiederholt worden. Die letzten Male betrug die Flüssigkeitsmenge durchschnittlich 20 Schoppen.

Madelung (Bonn).

F. J. Knight. The action of the soft palate in speaking and swallowing as seen through the nose in certain cases.

(The Boston med. and surg. Journal 1874. Vol. XCI. No. 3. p. 80.)

K. konnte bei 2 Patienten bei gehörig dilatirten Nasenlöchern und mit Hülfe von künstlicher Beleuchtung von der Nasenhöhle aus die Bewegungen des Gaumensegels beim Schlingen und beim Aussprechen von Vocalen beobachten. Er bestätigt die bei Defecten des Oberkiefers gemachten Beobachtungen (Bidder, Schuh), dass beim Aussprechen der Vocale das Gaumensegel wohl gehoben, die Nasenhöhle aber nicht vollständig von der Rachenhöhle abgeschlossen würde. Am höchsten stieg das Segel beim Aussprechen von i, am wenigsten beim Aussprechen von a. Ueber die Bewegung des Segels beim Schlingen wird keine Beobachtung mitgetheilt.

A. Burger (London).

Logie. Note sur la Pelade.

(Archives médicales belges 1874. Hft. 9.)

In einer kürzlich erschienenen Arbeit hatte Malassez (Arch. de phys. norm. et path.) sich dahin ausgesprochen, dass der 1843 von Gruby entdeckte Parasit, der Porrigo decalvans (Pelade, Area Celsi) kein fadenförmiger, verzweigter Pilz sei, sondern aus Gruppen

sehr kleiner einzelliger Organismen bestünde, welche mit dem Microsporon furfur der Pityriasis versicolor identisch seien. — L., welcher selbst an Pityriasis leidet, bestätigt nun diese Angaben Malassez's für einen von ihm untersuchten Fall und bemerkt gleichfalls, wie dieser, dass die Organismen an den eigentlich afficirten Stellen der Haut nicht gefunden würden, dagegen ziemlich constant zwischen den Epidermisschüppchen an den Grenzen der Affection, an welchen jedoch die Haare selbst an Schaft und Wurzel durchweg intact sich fanden. Die hieraus sich ergebenden Zweifel gegen die Specifität des Pilzes und seine pathogene Bedeutung für die Alopecie sucht L. durch eine Hypothese zu heben, welche indessen jedes wissenschaftlichen Interesses entbehrt.

In einem Nachtrage macht Quinart gegen die parasitäre Natur des Leidens geltend: das scharf contourirte, fleckweise Auftreten, das Fehlen jeglicher Entzündungserscheinungen in der afficirten Haut, die auch von Andern bestätigte Intactheit der Haare, und vor Allem die Nichtcontagiosität der Krankheit, Erscheinungen, die, wie er sagt, gegen die charakteristischen Eigenschaften anderer, echt parasitärer Hautkrankheiten streiten.

Arn. Hiller (Minden).

F. Mason. Ueber Schanker an den Lippen und anderen anomalen Stellen.

(St. Thomas's Hosp.-Reports 1873. p. 164 u. ff.)

Die genaue Diagnose von Schanker an anomalen Stellen ist nicht ohne therapeutisches Interesse, da die Verwechselung mit Carcinom mehrfach zur operativen Entfernung Veranlassung gegeben hat. So sah M. im Jahre 1872 einen 26jährigen Mann, der innerhalb 2 Monaten 3 Mal wegen vermeintlichen Carcinoms der Lippe operirt war, der am Körper die ausgesprochensten Erscheinungen der Syphilis zeigte und behufs neuer Operation im Hospital aufgenommen sein wollte.

Die literarischen Ergebnisse der Publicationen in den letzten 20 Jahren im Lancet, Brit. med. Journ., Med. tim. and gaz. und Medic. Press. and Circular haben Verf. folgende Ausbeute primärer Schanker an anomalen Stellen ergeben: Oberlippe: 4 Männer, 7 Weiber, Unterlippe: 2 M., 4 W., Hand: 7 M., Arm: 1 M. (Vaccination), Augenlid: 1 M., 1 W., Wange: 1 W., Zunge: 1 M., Gaumen: 1 M., 1 W., Bauch: 1 M., Schenkel: 1 M. Die meist kurzen Krankenberichte sind im Original angeführt. (Vor kurzem sah Ref. einen primären Schanker an der Oberlippe.)

Pils (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

J. Morton (Glasgow). Spina bifida dorsalis durch Injection geheilt.

(British med. Journal. 1874. Octbr. 24. p. 521.)

Seinen beiden früheren Mittheilungen von Heilungen der Spin. bifida durch Injection von Jodglycerin und dem von Watt (vgl. Centralbl. No. 1. p. 3) veröffentlichten Fall fügt M. diese neue Beobachtung an. Ein 7 Wochen altes Kind

hatte in der Gegend des letzten Hals- und ersten Brustwirbels eine bei der Geburt pfirsichgrosse, elastische, halbdurchsichtige Geschwulst, welche später platzte, sich von Neuem füllte und jetzt bedeutend gewachsen war.

In diese Spina bifida wurde am 23. Juni nach Entleerung klarer Flüssigkeit mittelst eines Troikarts eine Injection von Jodglycerin (wie stark?) gemacht. Die folgende Nacht Fieber, dann volles Wohlbefinden ohne Veränderung des Tumors. Wiederholung der Operation am 3. Juli. Keine Alteration, langsame gleichmässige Verkleinerung der Geschwulst bis zur Grösse einer Erdbeere. Dieselbe war purpurroth, solid, die Haut darüber runzelig; die Bewegung der Beine eine vollkommen gute. **Pilz** (Stettin).

C. Mac Rury. Penetrating wound of the head, protrusion and loss of cerebral substance. Recovery.

(The Indian Medical Gazette 1874. Vol. IX. No. 8. p. 210.)

Ein 26jähr. kräftiger Mann erhielt eine Verletzung des Schädeldaches. Die Wunde war 3 Zoll lang und erstreckte sich quer über die Sut. coron. Zwischen gequetschten Hautwundrändern und scharfen Knochenwundrändern lag Gehirnsubstanz vor. Beim Ausspülen der Wunde wurden losgetrennte Gehirntheile mit fortgespült. Die Wunde wurde mit in wässrige Carbolsäurelösung getauchten Compressen bedeckt. Am 3. Tage Erbrechen, das wieder nachliess. Bald schossen schöne Granulationen in der Wunde auf und nach 5 Wochen war Pat. geheilt. Bei einer Beobachtung 3 Monate später war er ganz gesund und liess sich keine Beeinträchtigung seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten nachweisen.

A. Burger (London).

Mohim Chunder Roy. A case of meningocele (congenita) complicated with chronic hydrocephalus.

(The Indian Medical Gazette 1874. Vol. IX. No. 7. p. 181.)

Ein 2 Monate altes schwächliches und abgemagertes Kind hatte eine Kopfgeschwulst von der Grösse eines fötalen Kopfes, die mit einem 1 Zoll breiten Stiel auf der Mitte der Hinterhauptschuppe, ungefähr 1 Zoll unterhalb der kleinen Fontanelle aufsass. Der Inhalt des Tumors war flüssig, sein Umfang $11^1/_2$ Zoll. Der Kopf des Kindes war im Verhältniss zum Gesicht sehr gross (Umfang 14 Zoll) und der Vorderkopf prominent. Vordere und hintere Fontanelle ebenfalls sehr gross. Seit der Geburt war die Geschwulst sehr gewachsen. Gehirnerscheinungen wurden durch sie nicht bedingt. Ihre Wand war nicht mit Cutis bedeckt, sondern letztere erreichte ihr Ende am Umfang des Stieles. Rund um den Stiel beginnende Ulceration. Die Diagnose wurde auf Hervorbuchtung der Meningen durch eine Oeffnung in der Schuppe gestellt. Diese Oeffnung war nach der Punction der Cyste zu fühlen. Die Entleerung hatte die Abnahme des Kopfumfanges um ungefähr 1 Zoll und Einsinken der Fontanellen zur Folge. Der Stiel wurde nach der Punction unterbunden. Am Tage darauf waren die Fontanellen wieder angefüllt und der Kopfumfang betrug wieder 13,25 Zoll; am folgenden Tage 13,75 Zoll; am 3. Tage Tod ohne Gehirnerscheinungen. Section nicht gestattet.

A. Burger (London).

Jadub Kristo Sen. Comminuted fracture of the skull without any external marks of injury.

(The Indian Medical Gazette 1874. Vol. IX. No. 9. p. 239.)

S. theilt 3 Leichenbefunde von Schädelfracturen ohne äusserliche Zeichen von Gewalt mit. Im 1. Falle, ein altes Individuum betreffend, war das Schädelgewölbe in ausgedehnter Weise zertrümmert und einige Fragmente in das Gehirn getrieben worden. Im 2. Falle, einen 36jähr. Mann betreffend, erstreckte sich die Schädelfractur von der Mitte des rechten Scheitelbeines über das linke Scheitel- und Schläfenbein hinüber zur Schädelbasis. Die linke Art. meningea med. war zerrissen. Im 3. Falle, bei einem 24jähr. Mann, lag eine 4 Zoll lange Kopfwunde vor, die

mit einer Fractur und Depression des Stirnbeines zusammenhing. Gleichfalls fand sich aber auch das rechte Scheitelbein fracturirt, ohne dass die bedeckende Haut Veränderungen zeigte. **A. Burger** (London).

Longstreth. Description of specimens from Dr. Levis's case of aneurysm of the subclavian artery treated by the introduction of horse-hairs.

(Philadelphia med. Times 1874. No. 126. p. 405.)

Ein 47jähr. Mann bemerkt seit ungefähr 9 Monaten oberhalb und unterhalb der rechten Clavicula eine pulsirende Geschwulst, die alle Charaktere eines Aneurysmas trägt. Man führt in dieselbe mittelst feiner Hohlnadel 24 Fuss 9 Zoll Pferdehaare mit dem Resultat ein, dass ohne locale Reaction die Consistenz der Geschwulst sich vermehrte, die Pulsationen aber abnahmen. Der Kranke starb bald darauf an Erstickung. Die Section ergab, dass wesentlich die obere und untere Wand der Subclavia von der Anonyma an bis zu den Mm. scaleni sich erweitert hatten, die obere in Form eines die Supraclaviculargrube erfüllenden $1^1/_2$ Zoll grossen, mit festen Fibrinlagen erfüllten Sackes.

Ein in der unteren ausgebuchteten Wand sitzendes ovales und einzölliges Loch zeigte sich bei der Section durch eine Fibrinlage so fest verschlossen, dass von der Anonyma aus injicirtes Wasser es nicht zu öffnen vermochte. Es führte in eine grosse, theils Fibrinlagen älteren Datums, theils geronnenes Blut enthaltende Höhle, deren Wände durch die bis zur 7. Rippe herabgedrängte Lunge und durch die Muskulatur des oberen Thoraxabschnittes gebildet wurden. Im hintern Theil dieses namentlich gegen die Infraclaviculargrube hin entwickelten Sackes lagen die Pferdehaare. Die Gegenwart dunklen, relativ frischen Blutes neben altem Fibrin und der gleichzeitige Verschluss der Communicationsöffnung zwischen der Subclavia und diesem unteren Abschnitt des Aneurysmas macht Erklärungsschwierigkeiten. Verf. nimmt an, dass letzterer anfangs nur aus der erweiterten unteren Subclaviawand bestand, später aber nach vollständiger Zerstörung der ersten beiden Rippen barst und zur Bildung eines allmälig sich abkapselnden Hämatoms führte, welches infolge seiner stetigen Ausdehnung schliesslich auch die Arrosion von Intercostalarterien bedingte. Diese wurden die Quelle eines immerwährenden, wenn auch geringen Blutzuflusses zur Geschwulst, deren Inhalt älteren Datums theils durch Spontangerinnung, theils durch die Einführung der Pferdehaare die feste Form annahm. **Wilh. Koch** (Berlin).

B. Roberts (Klinik von Prof. Gross).

(Philadelphia med. Times 1874. No. 125. p. 391.)

1) Spontaneous aneurism of one of the branches of the dorsalis pedis.

Betrifft einen 59jähr. mit Fettherz und Arteriosclerose behafteten Mann, welcher ein vogeleigrosses, an der Aussenseite des linken Fusses befindliches, ohne bekannte Ursache vor 4 Monaten entstandenes Aneurysma trug. Nach vergeblichen Versuchen einer Unterbindung an Ort und Stelle, Ligatur der Tibialis antica in gleicher Höhe mit dem Sprunggelenk und Compression des Sacks mit in styptische Flüssigkeit getauchter Wolle.

In 8 Tagen Nachblutung, welche auf Unterbindung der Tibialis antica 3 Zoll oberhalb des Sprunggelenks steht. Pat. starb 2 Wochen danach an Pyämie.

2) Excision of one half of the hard palate for the removal of an angioma.

Ein 6jähr. Mädchen hat stark aus einer cavernösen Venengeschwulst geblutet, welche den processus palatinus des linken Oberkiefers und das linke Os palatinum einnimmt. Die erkrankten Knochen werden nach vorgängiger Spaltung der linken Wange mittelst Knochenscheere schnell entfernt. Heilung. Kein plastischer Ersatz.

Wilh. Koch (Berlin).

M. Chicou. Anévrysme faux consécutif de l'arcade palmaire superficielle.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 26.)

Im Anschluss an ein traumatisches Aneurysma des oberflächlichen Hohlhandbogens, bei welchem Fleury wegen recidivirender Blutungen die art. brachialis unterband, theilt Ch. mit, dass Ersterer im Ganzen 14 Mal die Ligatur der art. brachialis gemacht und zwar 7 Mal wegen traumatischer Aneurysmen (primär oder infolge eines Aderlasses), 6 Mal wegen Wunden mit arteriellen Blutungen und 1 Mal wegen hochgradiger Hämorrhagie infolge eines gangränösen Panaritium des Daumens. In einem Falle von traumatischem Aneurysma mit besonders häufig recidivirenden Blutungen konnte die art. brachial. an gewöhnlicher Stelle nicht gefunden werden, es wurde der Nerv fälschlich unterbunden. Um das Gefäss zu finden, untersuchte Fleury die aneurysmatische Blutgeschwulst und man sah eine nur unvollständige Trennung der Arterie; letztere wurde vollständig durchschnitten und das centrale Ende oberhalb der aneurysmatischen Blutgeschwulst unterbunden. Heilung. In einem anderen Falle beobachtete Fleury, dass die Art. brachialis nicht hinter dem nerv. median. lag, sie theilte sich bereits im oberen Drittel des Oberarmes. In einem 3. Falle lag der nerv. medianus statt vor der art. brachialis, auf derselben Stelle neben derselben, so dass beide schwer von einander unterschieden werden konnten. **Tillmanns** (Leipzig).

Ch. B. Nancrede. Three rare surgical cases. (Aus dem protestant Episcopal Hospital.)

(Philadelphia med. Times 1874. No. 134.)

I. Traumatische Ruptur des Biceps brachii bei einem Mann von etwa 60 Jahren, der von seinem Fuhrkarren gefallen war und selbst gleich das Gefühl verspürte, dass der Muskelbauch sich nach oben zurückgezogen hatte. Die Untersuchung bestätigte den Befund und nimmt Verf. an, dass wahrscheinlich der lange Kopf des biceps, und zwar infolge einer heftigen Bewegung des Pat. beim Fallen, zerrissen war. Da die Beschwerden gering waren und nur Schwäche der Extremität bestand, wurde gar keine Therapie eingeleitet. — Es wird auf eine einschlägige Casuistik von Ashhurst (Philad. med. Times, January 11. 1873) verwiesen. Ausser letzterem soll noch ein ähnlicher Fall von South (Chelm's System of Surgery vol. 1, p. 543) beobachtet worden sein.

II. Fractur einer Rippe durch Muskelwirkung kam bei einem 44jähr. Gärtner dadurch zu Stande, dass er, um ein Sensenblatt gerade zu biegen, ein Ende desselben mit der linken Hand auf eine Unterlage andrückte und mit der rechten Hand mittelst einer Schlinge das andere Ende mit aller Macht nach oben zu biegen versuchte, unter voller Anspannung seiner rechten Thoraxhälfte. — Die Beschwerden zogen erst allmälig die Aufmerksamkeit des Betroffenen auf sein Leiden. Er war ein robuster kräftiger Mann von regelmässigem Körperbau und hatte bisher noch nie eine Fractur erlitten. Es zeigte sich, dass die 2. rechte Rippe $2^1/_2$ Zoll von ihrer sternalen Insertion gebrochen war. Die Crepitation war sehr deutlich. Man applicirte Streifen von Heftpflaster und die Genesung erfolgte bald. — Verf. hält diesen Fall für ein Unicum. — Malgaigne habe zwar 8 ähnliche Fälle beschrieben, es soll aber in allen eine atrophische Verdünnung der Rippen bestanden haben. Ausserdem sollen alle diese Fracturen nach heftigen Hustenstössen erfolgt sein. Am häufigsten war die 10. Rippe gebrochen. Meist besteht überhaupt nur Fractur einer Rippe und zwar immer nahe ihrem Sternalende. Auch ist in den bisherigen Fällen diese Fractur nie auf der rechten Seite beobachtet worden, wie in dem Fall vom Verf.

III. Eine Luxation des unteren Endes der rechten Ulna nach vorn bei einem 17jähr. Mädchen, die mit ihrer Hand in die Speichen des Schwung-

rades einer Spinnmaschine gekommen war. Das Rad machte noch eine volle Umdrehung, ehe sie es aufhalten konnte. Die Untersuchung geschah eine halbe Stunde nach dem Vorfall, ehe Schwellung eingetreten war. Die Hand stand in Dorsalflexion pronirt und gegen die Radialseite abducirt. Die Finger waren halb gebogen und der proc. styl. ulnae prominirte an der Volarseite des Handgelenks. — In der Aethernarkose wurde die Reduction leicht bewerkstelligt durch Extension an Hand und Vorderarm, während gleichzeitig vom Handrücken aus die Carpalknochen gegen die Volarseite hingedrückt wurden. Neigung zum Wiedereintritt der Dislocation bestand nicht. Es schien, als ob die Carpalknochen in ihrer gegenseitigen Verbindung gelockert wären; auch musste der Knorpel in dem unteren Radio-Ulnargelenk abgerissen sein, da deutliche Crepitation gefühlt wurde. Dagegen konnte keine Fractur oder sonst ein abgesprengtes Knochenfragment ausfindig gemacht werden. (Vergl. H. Tillmanns, Statistische Beitr. zur Lehre von den Luxationen. Arch. d. Heilkunde Bd. V. cf. Centralbl. f. Chir. 1874, No. 32. Ref.) **Lesser** (Berlin).

Conrad. Seltener Fall von Durchbruch einer Eierstockscyste.

(Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte 1874. No. 21.)

C. beschreibt einen Fall von Perforation einer Ovarialcyste in die Blase.

Die 26jähr. Kranke war schon 2 Mal punctirt worden; die Höhle füllte sich aber immer noch stärker an, als vorher. Plötzlich, unter raschem Verschwinden des Tumors, entleerte sich die Cystenflüssigkeit aus der Harnblase. Der weitere Verlauf wird nicht angegeben. **Girard** (Strassburg i/E.).

E. Ikawitz. Fall von Ovarialcyste.

(Protokoll (No. 7) des ärztlichen Vereins in Tambow 1874.)

Der Fall zeichnet sich durch die colossalen Dimensionen aus, die der Tumor angenommen hatte. Da eine in früherer Zeit vom Verf. vorgeschlagene Ovariotomie von der Kranken zurückgewiesen worden war, so musste er sich jetzt mit einer Punction begnügen, bei der $84^1/_2$ Pfd. colloider Flüssigkeit entleert wurde. Trotzdem fand sich nach dem 12 Tage später erfolgten Tode der Pat. noch ein carcinomatös-fibröser Tumor von 10 Pfd. und eine Flüssigkeitsmenge von 78 Pfd. vor. **Heppner** † (St. Petersburg).

N. Isatscháwa. Subcutane Injectionen von Ergotin bei Cancer uteri.

(Sitzungsprotokolle des ärztlichen Vereins in Charkow 1874. 2. Lieferung.)

In drei Fällen von heftigen Blutungen beim Gebärmutterkrebs gelang es Verf., nachdem verschiedene andere Methoden erfolglos geblieben waren, die Blutungen durch einmal täglich im Verlauf von 1 Monat wiederholte Ergotineinspritzungen unter die Haut auf die Dauer zu stillen. Er machte die Einspritzungen in die Regio hypogastrica in der Quantität eines in Wasser und Glycerin gelösten Grans des Präparats. Verf. empfiehlt diese Methode namentlich für solche Fälle von hämorrhagischem Gebärmutterkrebs, in welchem wegen zu grosser Ausdehnung der Geschwulst eine Abtragung derselben unmöglich ist.

Heppner † (St. Petersburg).

Politkowsky. Krebs durch Kali chloricum geheilt.

(Militär-med. Journal 1874. Hft. 9.)

Nach dem Vorgange von Burow wandte P. das Kali chlor. als Streupulver in einem Falle von Epithelialkrebs des Afters an. Die Geschwulst wurde brandig, stiess sich ab und hinterliess eine reine Wunde, durch deren Cicatrisation eine Aftersperre entstand, gegen die zu wiederholten Malen operativ vorgeschritten werden musste. **Heppner** † (St. Petersburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 37. **Sonnabend, den 12. December.** **1874.**

Notiz über irisirende Farben an den Bleiprojectilen.

Von

Dr. Moritz Wahl in Essen.

In einer im XVI. Bande des »v. Langenbeck'schen« Archivs für klin. Chirurgie *) von mir veröffentlichten Arbeit über »Mechanik der Schussverletzungen« habe ich (p. 564) bezüglich der irisirenden Farben an den Bleiprojectilen bemerkt, wie die Entstehung derselben auf moleculare Schwingungen infolge hoher Hitzegrade zurückzuführen sei. Bei meinen Versuchen erhielt ich die irisirenden Farbenerscheinungen am Blei erst dann, nachdem das geschmolzene Blei noch eine Zeit lang der Flammenhitze ausgesetzt worden. Da dies einen höheren Hitzegrad als den Schmelzgrad des Bleies (330°) bedingen

*) cfr. Centralblatt für Chirurgie, p. 328. Die Red.

muss, so gelangte ich zu der Ansicht, dass irisirende Farben an den Bleiprojectilen bei den Schusswunden überhaupt nicht vorkommen könnten, weil, wie ich in einer besonderen mathematischen Berechnung dargelegt (p. 561), wegen der allmäligen Tödtung der lebendigen Kraft des Projectils beim Durchschlagen durch die Theile des menschlichen Körpers jener Hitzegrad, der das Blei schmelzen macht (330^0), nicht erreicht werden dürfte.

Herr Geh. Rath Prof. Dr. Busch in Bonn, der mich in liebenswürdigster Weise zur Besichtigung seiner höchst interessanten und lehrreichen Schusspräparate eingeladen hatte, theilte mir bei dieser Gelegenheit mit, dass irisirende Farben sich am Blei schon bei weit geringeren Hitzegraden infolge von gewaltsamer molecularer Verschiebung bildeten und hatte die Güte, mir Präparate, wo dieselben durch Hämmern und Schlagen an Projectilen und auch an vorher erwärmten Bleistücken erzeugt waren, zu zeigen.

Ich habe nun infolge dieser Veranlassung noch eine Reihe von Versuchen angestellt und auch durch Hämmern und Schlagen der Bleiprojectile und Bleistücke irisirende Farben hervorgerufen. Am eclatantesten aber waren die Resultate bei Schiessversuchen auf mehrere auf einander geleimte Scheiben von Strohpappe. Die auf 20 Schritt abgeschossenen Langblei- und Chassepotprojectile waren darin stecken geblieben und zeigten sich an denselben bei allerlei nur denkbaren Deformationsformen an vielen Stellen die prachtvollsten irisirenden Farben.

Ich habe dieses Phänomen an den breitgeschlagenen Projectilen nach Analogie der durch Hämmern entstandenen Irisfarben erklären zu müssen geglaubt und stimme daher der Ansicht des Herrn Prof. Busch vollständig bei, nach welcher die irisirenden Farben auch bei geringeren Hitzegraden, »wenn eine gewisse gewaltsame moleculare Verschiebung« stattfindet, entstehen können.

Wenn demnach die Möglichkeit des Vorkommens der irisirenden Farben an den Bleiprojectilen bei Schusswunden eingeräumt werden muss, so möchte ich noch hervorheben, dass gewisse moleculare Vorgänge als die Hauptursache angesehen werden müssen, welche theils durch hohe Hitzegrade, theils durch besondere mechanische Einwirkungen erzeugt werden können. Den Herren Physikern von Fach möge es indessen überlassen sein, die eigentlichen Gesetze für diese molecularen Vorgänge zu ergründen.

C. H. Schauenburg. Handbuch der kriegschirurgischen Technik zum Gebrauche im Felde und bei Vorlesungen.

Erlangen. Verlag von **Ferdinand Enke.** 1874.

In dem vorliegenden Buche ist auf kleinem Raume viel des Belehrenden zusammengedrängt und der Anfänger im Fache dürfte dasselbe als Einführung in das Studium umfänglicherer Werke mit Nutzen lesen. Selbstverständlich kann nur einiges Wenige hervorgehoben werden.

S. plaidirt mit Recht dafür, dass, so weit dies nur thunlich, derselbe Arzt, welcher den Verwundeten operirte, ihn auch weiter behandle. Der Missbrauch, dass fliegende Lazarethe sich auf Schlachtfeldern ein beliebiges Material zusammensuchen und fortführen, wird von S. (einverständlich mit B. Beck) scharf getadelt.

In Betreff der Wundbehandlung im Allgemeinen empfiehlt er einen nur mässigen Gebrauch der prolongirten Wasserbäder, zumal bei schon granulirenden Wunden und zieht im Ganzen die Anwendung temporärer, oft wiederholter Localbäder vor.

Bei guter Qualität des Eiters werde selten gereinigt. Die (von Burow, Rose und Krönlein empfohlene) sog. offene Wundbehandlung ist nach S. für Feldspitäler wenig geeignet, weil die zu ihrem Gelingen erforderlichen Bedingungen meist nicht zu erzielen seien (? Red.). Ebenso ist S. kein Freund des Lister'schen Verbandes. Nach seiner Ansicht sind Antiseptica bei unreinen Wunden zweckmässig. Doch werde der Lister'sche Verband zu oft (? Red.) angewendet. Das beste Antisepticum sei Sorgfalt bei der Reinigung und womöglich stets eigenhändige Besorgung aller complicirteren Verbände durch den behandelnden Chirurgen.

Gypsverbände will S. womöglich ohne Polsterung angelegt wissen. Bei empfindlicher Haut soll das Glied nur geölt werden. Wasserglas und Kleisterverbände sind nur ausnahmsweise angezeigt, Guttaperchaverbände für die Feldpraxis zu schwer zu handhaben, Paraffin- und Stearinverbände wegen mangelnder Festigkeit unbrauchbar. Extensionsverbände sind beschwerlicher (?) zu machen, aber oft von grossem Nutzen und in manchen Fällen (Schenkelbrüche) nicht zu entbehren.

Die Extraction von Kugeln soll womöglich bald nach der Verwundung geschehen. Splitter extrahire man nur, wenn sie durch ihre Oertlichkeit Gefahr bringen können.

Ueber die Behandlung der Blutungen, in specie die Unterbindungen in der Continuität werden die gebräuchlichen Vorschriften gegeben.

Die Schussverletzungen der Knochen werden mit Rücksicht auf die specielle Eigenthümlichkeit der Geschosse compendiös besprochen und mit zahlreichen Abbildungen illustrirt.

Bei der speciellen Besprechung der Verletzungen der einzelnen Körperabschnitte folgt Verf. wesentlich den Lehren Stromeyer's, Löffler's und Langenbeck's.

In Bezug auf weitere Details muss auf das Original verwiesen werden. Druck und Ausstattung sind angemessen. Zu bedauern ist die grosse Zahl stehen gebliebener, oft recht sinnstörender Druckfehler.

Carl Fieber (Wien).

Hegar u. **Kaltenbach** (Freiburg i/B.). Die operative Gynäkologie mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungsmethode.

Erlangen. Verlag von **Ferdinand Enke.** 1874. 459 S.

Nach einigen allgemeinen Gesichtspuncten behandelt das gut ausgestattete Werk zunächst die Lehre von der gynäkologischen Unter-

suchung ohne und mit Instrumenten in präciser Form, nachdem der Gang der Untersuchung, das Lagern in verschiedenen Körperpositionen durch instructive Abbildungen eingehend besprochen und erläutert worden sind. Hieran reihen sich dann die eigentlichen gynäkologischen Operationen, an deren Spitze die kleineren therapeutischen Technicismen und Elementaroperationen ausführlich dargestellt sind. Gerade diese bilden bekanntlich die Hauptthätigkeit in der gynäkologischen Praxis; eine reiche Erfahrung hat ihrer Darlegung zu Grunde gelegen.

Die nun folgenden Capitel behandeln die Operationen an den einzelnen Sexualorganen, anfangend mit den Ovarien, Capitel, die sich kurz als die eigentliche gynäkologische Chirurgie bezeichnen liessen. Die Behandlung der Ovarientumoren geht in gedrängter Kürze zunächst auf die Exstirpation derselben ein, berücksichtigt aber dabei alle möglichen wichtigen Nebenumstände in anatomischer wie therapeutischer Hinsicht, so besonders betreffs der Operation selbst, der Nachbehandlung, der Prognose und des weiteren Verlaufs. Die Operationen an der Vagina bieten eine reiche Fülle der Erfahrung und führen am meisten auf rein chirurgisches Gebiet.

Es ist nicht möglich auf die Einzelheiten der besonderen Capitel einzugehen. Das Buch ist eine werthvolle Bereicherung der neuesten chirurgisch-gynäkologischen Literatur. **Leopold** (Leipzig).

E. Albert. Casuistische Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Innsbruck.

(Wiener med. Presse 1874. No. 38 u. ff.)

1) Supracondyläre Oberschenkelamputation bei einem 36jährigen kräftigen Tagelöhner wegen circulären Unterschenkelgeschwüres. Während der Unterbindung Zerreissen des comprimirenden Schlauches, enormer Blutverlust, wenigstens 10 Ligaturen von Venen und Varicen. Keine Nachblutung, kein Abscess. — Heilung in 6 Wochen.

2) Bei einem 36jährigen tuberculösen Manne wurde wegen Tumor albus die Amputation des Oberschenkels unter Bildung zweier seitlicher, gleichgrosser Hautmuskellappen ausgeführt; sorgfältige Naht. Unmittelbar nach der Operation wurde mit Hülfe von Collodium eine Ansa aus Bindenstreifen angelegt und durch eine Gewichtsextension (3 Pfund Belastung) sowohl die Retraction der Lappen verhindert, als auch ein genaues Aneinanderliegen derselben erzielt. Trotz des herabgekommenen Zustandes des Pat. war die Wundfläche in 3 Wochen bis auf den unteren Winkel geheilt. Verf. empfiehlt diese Methode bei allen schwächlichen Individuen, um eine möglichst ausgedehnte Heilung per primam zu erreichen.

3) Gangraena spontanea des rechten Unterschenkels bei einem 73 Jahre alten Tagelöhner. Während der ersten 14 Tage bei voll-

ständigem Wohlsein des Mannes, ohne Fieber, bildet sich eine Demarcationslinie aus, und zwar so, dass, wie bei der kunstgerechten Enucleation im Kniegelenk, ein grosser vorderer und ein kleiner hinterer Lappen umschrieben wurde. Am 16. Tage trat im Kniegelenk Gasansammlung auf — Eröffnung desselben. Am 39. Tage stiess sich der Unterschenkel vollständig ab, der Kranke collabirte und starb am 46. Tage an Erschöpfung. — Die Section ergab ausgedehnte atheromatöse Erkrankung der Bauchaorta, der Iliacae und Crurales. In der rechten Cruralis steckte ein obturirender, bis in die fossa poplitea reichender Thrombus, die rechte Art. profunda femor. war frei.

4) Traumatische Spondylitis. Abscess. Ein 26jähriger Mann war mehrere Monate vor seiner Aufnahme vom 3. Stockwerke eines Hauses auf den Rücken aufgefallen. Er hatte damals keine Gehirnsymptome gezeigt; in der Lendengegend zu beiden Seiten der Medianlinie war eine mannskopfgrosse Geschwulst aufgetreten, welche 14 Tage später nahezu verschwunden war. Der linke Schenkel war durch 4 Wochen motorisch gelähmt. 2 Monate später traten mehrere Male epileptiforme Anfälle auf. Bei der Aufnahme leichte Prominenz des 3. Lendenwirbels, Schmerzhaftigkeit auf Druck. Zu beiden Seiten ziemlich ausgedehnte Dämpfung. Ischurie und Obstructio alvi. — Urin normal. Eine ausgebreitete Fläche am linken Oberschenkel anästhetisch.

Behandlung in einem Gypspanzer, Fortdauer der epileptiformen Anfälle. 6 Monate später profuse Entleerung von Eiter aus dem Darme, wonach die Dämpfung und eine inzwischen auf der linken Seite aufgetretene Geschwulst verschwand. Die Blase blieb paralytisch, die Kothentleerung unwillkürlich; die epileptiformen Anfälle dauerten fort. 3 Monate später Gebrauch der Schlammbäder von Albano bei Padua. Nach 20 Bädern vollständige Heilung.

5) Entwicklung eines Carcinoms an Stelle von 2 Stricturen in der pars cavernosa urethrae, die 2 Jahre früher bei dem damals 55jährigen Manne durch allmälige Dilatation geheilt waren. Aufbruch an der rechten Scrotalhälfte. — Operation, Exstirpation eines Theiles der corp. cavern. und eines 6 Cm. langen Stückes der Harnröhre. — Exitus letalis.

6) Eine 40jährige Frau wurde wegen Incontinentia urinae und Schmerzen im Abdomen aufgenommen. Aus der Schamspalte ragt eine elastische über wallnussgrosse, nicht reponible Geschwulst hervor, welche von Schleimhaut überkleidet ist und allem Anschein nach vorgestülpte Blasenwand darstellt; eine Vesico-Vaginalfistel besteht ausserdem. Das Leiden datirt seit einer vor 3 Jahren überstandenen Zangengeburt. Sucht man neben dem Tumor in die Blase einzudringen, so gelingt es, eine geringe Menge klaren Harns zu entleeren. Die marastische Kranke starb; die Section klärte den etwas dunklen Sachverhalt auf. Es bestand vollständiger Prolaps der Blase durch die Urethra, welche zu einem Schlauche von $1^1/_2$ Zoll Durchmesser erweitert war, die Vaginalfistel mündete in den Blasenhals. Der Raum, in welchen man mit dem Katheter gelangte, war der stark ausgedehnte linke Ureter.

7) Eine seit 6 Jahren bestehende, von den verschiedensten europäischen und amerikanischen Aerzten fruchtlos behandelte Neuralgie des Inframaxillaris und Lingualis bei einem Manne, der an Stuhlverstopfung litt, wurde durch einige Gaben Rheum und darauf erfolgte ausgiebige Stuhlentleerungen sogleich sistirt. Der Mann erkrankte 7 Tage darauf an Peritonitis und starb. Section nicht gemacht.

Winiwarter (Wien).

C. Fröhlich. Untersuchungen zur Histologie der traumatischen Leberentzündung.

Inaug.-Diss. Halle. 1874.

Verf. öffnete die Bauchhöhle von Kaninchen nahe der letzten Rippe linkerseits und zog weisse Seidenfäden durch den linken Leberlappen, theils senkrecht, theils parallel zur Oberfläche der Leber. (Die Vortheile der Wahl des linken Leberlappens für die Operationstechnik, ferner die einschlägige Literatur und die zum Theil veralteten Ansichten früherer Experimentatoren siehe im Original.) Die Resultate sind kurz folgende:

A. Makroskopischer Befund nach 12—18 Stunden: In der Umgebung der Fadenenden fibrinöser Belag und Verklebung der Leberoberfläche mit dem Peritoneum parietale; — den Faden in seiner ganzen Länge dicht umschliessend eine feine Röhre von weissgrauer, bröckeliger Substanz, welche einzelne kurze Fortsätze in das Leberparenchym aussendet.

Am 2. u. 3. Tage: Ein mehr oder minder grosser Theil des Lappens deutlich geschwollen, resistenter und von einem zierlichen weissen Maschenwerk durchsetzt, dessen Interstitien anscheinend normales Lebergewebe und dessen Bälkchen Gefässlumina (Vv. centrales?) einschliessen. Der Process kann per contiguitatem auf einen Nachbarlappen sich verbreitet haben.

Am 4. Tage: Der Faden durchsetzt eine bis haselnussgrosse Caverne mit flüssigem oder pulpös weichem, trübröthlichem Inhalt und zerklüfteter Wand, an welcher letzterer Ueberreste jenes Maschenwerkes noch erkennbar sind.

B. Mikroskopischer Befund am 1. Tage: Zwischen den Fasern des auf dem Objectträger zerzupften und ausgewaschenen Seidenfadens farblose Rundzellen; im Waschwasser zahlreiche rothe Blutkörperchen und spärliche Eiterkörper, letztere zum Theil mehrkernig und sehr gross (gequollen?). — Die frisch zerzupfte Substanz der grauweissen, den Faden umschliessenden Röhre zeigt: getrübte Leberzellen, wenig Eiterkörperchen, freie Fetttröpfchen, massenhafte theils freie, theils in Leberzellen eingeschlossene Kugelbacterien. — An erhärteten Präparaten vom 1. Tage zeigten Schnitte durch Parenchym sammt Faden Folgendes: Zwischen den Fasern des Fadens farblose Rundzellen; um den Faden ein Kranz dichtgedrängter Eiterkörperchen; um letztere eine Schicht jungen, fibrillären Bindegewebes; dieses umgeben

von »gestreckten«, spindeligen Leberzellen, die den Eindruck der concentrischen Schichtung machen (s. unten!); hieran endlich schliesst sich normales Leberparenchym; und — zwischen all diesen Schichten zahlreiche Bacterien, am dichtesten nahe dem Faden, öfters in Colonieen. Härtungspräparate (Müller'sche Flüssigkeit) vom 2. u. 3. Tage zeigten die Bälkchen des weissen Netzwerkes als aus bacterienhaltigen, etwas vergrösserten, im Uebrigen nicht wesentlich veränderten Leberzellen bestehend. Die Ausfüllungsmasse jenes Balkennetzes zeigte die intensivsten Veränderungen. Sie bestand aus Conglomeraten von Rundzellen und massenhaften Bacterien. Dazwischen schmale, glänzende Balken comprimirter und druckatrophirter Leberzellen. Der Inhalt der Cavernen vom 4. Tage bestand aus Trümmern von Leberzellbalken, bacterienhaltigen Leberzellen, freien Kernen, Pigmentmolekülen, Bacterienketten und freien Schwärmern.

Das Bindegewebe war im Bereich der bacteritischen Veränderungen kleinzellig infiltrirt. Eine andere als passive Betheiligung der Leberzellen an dem Processe konnte Verf. nie mit Sicherheit constatiren. Nirgends Kerntheilung oder eine sonstige Andeutung von Vermehrung der Leberzellen. Die erwähnten spindeligen Leberzellen sind nicht der Ausdruck einer formativen Reizung, sondern einer rein mechanischen »Streckung« durch den Druck des Fremdkörpers. (Man findet sie in der Umgebung von Lebertumoren; Hüttenbrenner erzeugte sie an excidirten Leberstücken durch eingestossene Nadeln.)

Es handelte sich also bei der durch den Verf. erzeugten traumatischen Hepatitis im Wesentlichen um eine Wundinfection mit Ausgang in Nekrose, vorwiegend des eigentlichen Leberparenchyms.

Die Propagation der Infection geschah sicher von Zelle zu Zelle (Verf. sah Leberzellenbalken an einem Ende noch intact, am anderen in der geschilderten Weise verändert). Doch schienen auch die interacinösen Gefässe Träger der Weiterverbreitung sein zu können, da die am intensivsten veränderten Partieen (jene dunkleren Ausfüllungsmassen der Netzmaschen) jedenfalls der Peripherie der Leberacini entsprachen. — Die Untersuchung des Pfortaderblutes auf Bacterien ergab ein negatives Resultat. Die Bacterien hafteten also vermuthlich den Seidenfäden an, oder drangen durch die Wunde ein.

Es muss übrigens bemerkt werden, dass die einzelnen Phasen der beschriebenen Veränderungen keineswegs immer genau den oben angegebenen Zeitabschnitten entsprachen. Im Gegentheil kamen hierin so bedeutende Schwankungen vor, dass sich beispielsweise an einer und derselben Leber um den einen Seidenfaden kaum die weisse Röhre, um einen anderen, gleichzeitig eingeführten schon die Caverne entwickelt hatte.

Dagegen betont Verf. die auffallend geringe Reaction auf Einführung von Metallfäden, gegenüber der Gefahr von Seidenfäden (dasselbe Ebert bei analogen Versuchen an der Cornea). — Ob der Aufenthaltsort der operirten Thiere, die Reinheit der benutzten Fäden und Instrumente etc. einen Unterschied des Verlaufs bedingt habe,

konnte nicht exact festgestellt werden. Jedenfalls aber hing es von der An- oder Abwesenheit der Bacterien ab, ob der beschriebene Process eintrat, oder ob lediglich in nächster Nähe des fremden Körpers eine spärliche Production von Eiterzellen und eine unbedeutende Bindegewebswucherung neben »Streckung« der Leberzellen sich entwickelte.

Rupprecht (Halle).

R. Ultzmann (Wien). Ein Beitrag zu den Folgeerscheinungen, welche nach Sondirung eines verengten Oesophagus eintreten können.

(Wiener med. Presse 1874. No. 29.)

Ein 23jähriges Mädchen hatte Anfang Juli 1873 eine grössere Quantität Laugenessenz getrunken. 4 Wochen später konnte Verf. eine ziemlich dicke elastische Schlundbougie bis in den Magen einführen. Die Kranke setzte die Cur aus und kam erst im October 1873 wieder in die Poliklinik, angeblich weil sie keine Luft habe, mit dem Schlingen sei sie noch immer ganz zufrieden. Es fand sich die Epiglottis stark nach hinten und unten gezogen, die linke aryepiglottische Falte in eine straffe Narbe umgewandelt, von welcher sich ein sehniger Strang hinter den Aryknorpeln nach rechts hinüberzieht und sich in der ebenfalls narbigen, rechten aryepiglottischen Falte verliert. Hierdurch sind die Aryknorpel einigermassen in ihrer Bewegung gehindert. In den Lungen ausser einem leichten Katarrh keine Veränderung. Es wurden beiderseits die Narbenstränge incidirt und hierdurch eine momentane Erleichterung der Kranken herbeigeführt. Bei einem Versuch, den Oesophagus zu bougiren, zeigte sich in der Höhe der Aryknorpel eine hochgradige Verengerung, die kaum eine dünne Harnröhrenbougie passiren liess. Hatte man dieselbe überwunden, so gelangte man auf neue Verengerungen weiter unten, so zwar, dass nach einer Behandlung von 2 Monaten erst eine dünne Schlundbougie in den Magen eingeführt werden konnte. Die Pat. besorgte diese Manipulationen selbst; wenn sie von fremder Hand bougirt wurde, so gelang es niemals, den Eingang in die Strictur zu finden, es entstand sehr leicht Blutung und man war genöthigt, die Pat. ihrer eigenen Geschicklichkeit zu überlassen. Im Mai 1874 trat nach einer solchen Einführung, welche die Kranke selbst vorgenommen hatte, plötzlich stechender Schmerz in der rechten Seite, Dyspnoe, Cyanose und Collaps auf. Die Untersuchung der Brust ergab rechtsseitigen Pneumothorax. Man dachte an Perforation des Oesophagus und stellte eine letale Prognose. Die Pat. erholte sich jedoch und nach 10 Tagen war von dem Pneumothorax nichts mehr nachzuweisen. 4 Wochen lang setzte die Kranke nun wie gewöhnlich die Bougirung fort, dann trat ein neuer Anfall von Dyspnoe auf, diesmal aber mit letalem Ausgang. — Die Section ergab im Pharynx ein sichelförmiges, breites Narbendiaphragma, welches durch eine 4 Linien im Durchmesser haltende Lücke durchbohrt erschien, aus deren Tiefe die ge-

schrumpfte Epiglottis vorragte. Diese Oeffnung führte direct in den aditus ad laryngem; nur mühsam gelangte man an die hintere Larynxwand und in den Oesophagus. Dieser letztere erwies sich als vollständig intact. Der Pneumothorax, welcher sich beiderseits vorfand, war nicht durch Perforation desselben, sondern durch das Platzen zahlreicher kleiner tuberculöser Cavernen an der Oberfläche beider Lungen zu Stande gekommen. Bei dem Umstand, dass die Bougirung immer heftigen Hustenreiz hervorrief, war es erklärlich, dass dieser Zufall, Bersten der Cavernen, gerade nach geschehener Sondirung des Oesophagus stattfand. Hiernach ist in diesem Falle der letale Ausgang nur mittelbar mit der Oesophagusbougirung in Zusammenhang zu bringen. **Winiwarter** (Wien).

Duplay. Corps étranger de l'oesophage: fragment d'os de boeuf.

(Société de Chir. Séance du 7. Octbr. 1874.)

Ein 62jähriger Mann hatte angeblich den Abend zuvor mit der Suppe ein kleines Stück Rindsknochen verschluckt. Er fühlt nun etwas Schmerz in der Gegend hinter dem Brustbeine. Bei der Untersuchung kam das Instrument, etwa 19 Cm. von den oberen Schneidezähnen entfernt, auf einen Widerstand, welchen es aber passirte und bis in den Magen gelangte. Beim Zurückziehen desselben kam Nichts mit heraus. Tags darauf führte D. eine dicke Oesophagussonde ein, welche an der bezeichneten Stelle einen leichten Widerstand fühlen liess. Am nächsten Tage hatte Pat. auf ein ihm verabreichtes Brechmittel sich heftig erbrochen; das Schlucken von soliden Nahrungsmitteln war darnach aber immer mehr erschwert. Pat. wurde mit dem Schlundrohre ernährt, man dachte an eine Contractur des Oesophagus.

Am 8. Tage bekam Pat. Fieber; man constatirte eine Bronchopneumonie, bald combinirt mit Pleuritis. Das Trinken und Schlingen ging jetzt wieder besser.

Am 9. Tage starb Pat. Bei der Obduction fand man Pneumonie und Pleuritis. Der Oesophagus war in der hinteren Mittellinie der ganzen Länge nach gespalten. Keine eitrige oder blutige Zellgewebsinfiltration um den Oesophagus. 5 Cm. vom oberen Ende der Speiseröhre entfernt, fand sich quer in dieser ein dreieckiges, 3 Cm. hohes, an der Basis 2 Cm. breites, mit einem Winkel nach oben sehendes Knochenstück. Einer der beiden seitlichen Winkel, sehr scharf, ist in die linke Seitenwand eingebohrt und hat hier perforirt. An dieser Stelle ist ein kleiner Eiterherd, kaum 1 Cm. von der Krümmung der Aorta entfernt.

D. meint, zur Feststellung der Diagnose wäre in analogen Fällen das von Collin gelegentlich des Falles vom »Mann mit der Gabel« erfundene Instrument anzuwenden. Dasselbe besteht aus einer hohlen, metallenen Olive, befestigt an einem flexiblen metallenen Stiele, der

oben eine Trommel nach Thompson hat. Therapeutisch wäre nur die äussere Oesophagotomie am Platze gewesen; jeder Zug nach oben am Knochenfragmente konnte bei dessen Lage nur schädlich wirken.

M. Houel citirt hierzu eine ältere Beobachtung. Ein Individuum hatte ein silbernes Fünffrankenstück verschluckt. Es blieb etwa in der Mitte der Speiseröhre stecken, ohne herausgebracht werden zu können. Eine Woche darnach starb der Mann plötzlich infolge einer Blutung. Das Geldstück hatte den Oesophagus durch Druckgangrän perforirt und die Aortawand 2—3 Cm. weit zur Vereiterung gebracht.

M. Trélat erinnert, dass ein solider Fremdkörper, bei der Contractilität der Speiseröhre, sofort durch Muskelcontraction umschlossen werde. Brechmittel seien, wenn man die Art des Fremdkörpers nicht kenne, verwerflich. Gegen die Mitte zu habe die Speiseröhre eine normale Verengerung, daher sich dicke, oben mit einer cylindroconischen Anschwellung versehene Sonden empfehlen, welche den Oesophagus sogar etwas ausdehnen. Hiermit finde man leichter den Fremdkörper.

Fr. Steiner (Wien).

Giosuè Marcacci. Voluminosi tumori ai lati della base del collo etc. etc.

(Il Raccoglitore medico 1874. No. 28, 29, 30.)

Bei einem 40jährigen Manne hatten sich seit einigen Monaten zu beiden Seiten des Halses orangengrosse Drüsentumoren gebildet. M. exstirpirte die Geschwulst linkerseits ohne besondere Schwierigkeiten. Ungefähr 2 Wochen später, als die Wunde der Heilung nahe war, stellte sich eine rechtseitige Hemiplegie ein. Der Kranke kam immer mehr herab und starb nach ungefähr 3 Monaten. Es fanden sich mehrere Geschwulstknoten in der linken Hemisphäre, welche insbesondere das Corpus striatum und den Thalamus opt. theils verdrängt, theils zerstört hatten; fast sämmtliche Brust- und Bauchlymphdrüsen waren degenerirt, die rechte Niere gänzlich in Tumormasse umgewandelt. Der Tumor selbst wird als Krebs definirt, obwohl die ganze Beschreibung eher ein malignes Lymphom vermuthen lässt.

Menzel (Triest).

Achille Ceccarelli. Tracheotomia col tracheotomo del Rizzoli.

(Il Raccoglitore medico 1874. No. 29, 30.)

Die Tracheotomie wurde wegen Croup an einem 5jährigen Mädchen vorgenommen. Das hierzu gebrauchte Instrument (Tracheotom von Rizzoli) ist im Wesentlichen ein Troikart von der Form einer Trachealkanüle. Die ganze Operation reducirt sich demnach auf einen Einstich. Das R.'sche Instrument hat vor ähnlichen den Vorzug, dass die Kanüle eine gehörige Lichtung hat. Die Operation war vollkommen unblutig. Das Kind ist geheilt.

Menzel (Triest).

Spencer Watson. On the treatment of trichiasis and distichiasis by a plastic operation.

(Med. tim. and gaz. 1874. Novbr. 14. p. 546.)

W.'s Methode besteht in einer Transplantation des die Cilien tragenden Hautstreifens an die Stelle eines weiter vom Rande des Lides abgelegenen, gleichgrossen Hautstreifens, welcher die Stelle des ersteren einnimmt. Die Basis der Lappen muss an verschiedenen Seiten liegen. Ist der ganze Lidrand erkrankt, so werden 4 Lappen gebildet. Die 2, die Cilien tragenden Lappen haben ihre Basis in der Mitte des Lides, ihre freien Enden an den Commissuren, umgekehrt liegen die oberen Ersatzlappen, deren freie Spitzen etwas von einander entfernt sein müssen, um den anderen nicht die Blutzufuhr abzuschneiden. Die kosmetischen Erfolge des Verfahrens sollen ebenso glänzend sein, wie die direct angestrebten therapeutischen. Die 2 beigefügten Krankengeschichten vergleiche man im Original.

Ranke (Halle).

Michel. Ligature du tronc des artères interosseuses de l'avant-bras.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 39.)

Ein Soldat hatte einen Schuss durch den Vorderarm in der Höhe der Insertion des Biceps erhalten, mit der Eingangsöffnung an der hinteren, der Ausgangsöffnung an der vorderen Fläche. Der Radius war gebrochen. Am 3. Tage wurde wegen einer arteriellen Blutung aus dem Schusscanal die Art. brachialis im unteren Viertel unterbunden. Die Blutung kehrte jedoch 48 Stunden darnach wieder und stand nach Unterbindung der Art. radialis und ulnaris im oberen Drittel nur für einige Stunden. Jetzt wurde der Schnitt zur Unterbindung der Art. ulnaris nach oben verlängert, der Muscul. ulnaris int. und der oberflächliche Fingerbeuger auseinander gedrängt und dann unter Beugung der Hand und der Finger zwischen dem hoch- und dem tiefliegenden Fingerbeuger entlang der Art. ulnaris vorgedrungen. M. gelangte so zu dem angerissenen Stamme der Art. interosseae, welchen er doppelt unterband, worauf die Blutung definitiv stand. (Der Verwundete starb 17 Tage später an Pyämie.)

M. machte die anatomischen Verhältnisse des Ursprunges der Art. interosseae zum Gegenstande zahlreicher Untersuchungen, wobei er als Regel fand, dass der gemeinsame Stamm der Art. interosseae in der Höhe der Tuberositas radii von der hinteren Fläche der Art. ulnaris entspringt und sich nach einem Verlaufe von 1—2 Cm. Länge in die interossea ant. et post. theilt; in Bezug auf einige Anomalieen, die er beobachtete, muss auf das Original verwiesen werden.

Zur Aufsuchung der Arterie bieten sich 2 Wege: man macht den Hautschnitt längs des unteren Randes des Pronator teres, zwischen diesem und dem Palmaris longus dringt man in die Tiefe bis auf den

Nerv. medianus, den man nach innen schiebt, worauf man die Art. ulnaris vor sich hat. Diesen Weg hält M. wegen Collisionen mit den Muskelästen des N. median. für minder zweckmässig, als den folgenden: Der 8 Cm. lange Hautschnitt verläuft auf dem Interstitium zwischen M. ulnaris int. und M. flexor digit. com. sublim. so, dass seine Mitte in gleicher Höhe mit der tuberositas bicipitalis radii liegt. Nach Trennung der beiden Muskeln von einander kann man bei durch Beugung der Hand und Finger erschlafften Flexoren die Art. ulnaris zwischen dem hoch- und dem tiefliegenden Fingerbeuger leicht finden und sie centralwärts verfolgend, zum Stamme der Art. interosseae gelangen. **Gersuny** (Wien).

J. Spence. Two cases illustrating the surgery of wounds of the deep-seated arteries of the leg.

(Med. tim. and gaz. 1874. Novbr. 7. u. 14.)

An 2 Arterienverletzungen am Unterschenkel zeigt S., wie die Bildung eines traumatischen Aneurysma an der Vorderseite nichts gegen eine Verletzung der Tibial. postica beweise; wie ferner die Bildung desselben durch Isolirung des blutenden Gefässes oft die Auffindung der Wunde desselben erleichtere, und führt das bekannte Stehen der Blutung bei einem Unterbindungsversuch auf den Verschluss längsverlaufender Gefässwunden bei Anspannung der Theile in der Längsrichtung zurück.

Im ersten Falle wurde durch einen Messerstich von der Vorderseite her die Theilungsstelle der A. poplitea getroffen. Flexion wurde nicht ausgehalten, es bildete sich an der Vorderseite des Gliedes ein traumatisches Aneurysma. Nach 5 Tagen wurden nach Anlegung eines Tourniquets und Erweiterung der Wunde durch das spatium interosseum hindurch die Poplitea und ihre Aeste unterbunden. Im Verlaufe der Heilung stiess sich die Sehne des Tibialis antic. ab, ohne dass jedoch die Function gelitten hätte.

Der zweite Pat. war ein 30jähriger Mann, mit einer stark blutenden Stichwunde an der Innenseite der Wade, zugleich mit bedeutender Weichtheilquetschung und einer einfachen Luxation des Knies (welcher?). Die Tibialis postica war oberhalb des Abgangs der Peronea verletzt und wurde in loco unterbunden. Gangrän der gequetschten Stelle machten die Amputation im unteren Drittel des Oberschenkels nöthig. Heilung. **Ranke** (Halle).

C. Lloyd. Cases of elephantiasis scroti; removal.

(The Dublin Journal of med. sciences 1874. Septbr.)

Der 1. Fall betrifft einen 27jähr. Muselmann, welcher Aug. 1873 mit einem colossalen Scrotaltumor in das Civilhospital zu Calcutta aufgenommen wurde.

Die Geschwulst hatte vor 15 Jahren mit einer leichten Verdickung der Scrotalhaut begonnen, war dann rasch gewachsen und hatte alsbald den Penis vollkommen eingehüllt. In den letzten Jahren war das Wachsthum mit zeitweise wiederkehrenden Fieberattaquen von verschieden langer Dauer verbunden gewesen.

Bei der Aufnahme mass der ovale, oben gestielte Tumor an der schmalsten Stelle 14$^{1}/_{2}$ Zoll im Umfange, an der breitesten 44 Zoll im Durchmesser. Die Länge betrug 54 Zoll. Er reichte, wenn Pat. aufrecht stand, bis zu den Knöcheln herab und verdeckte zum Theil beide Beine, welche selbst von einer geringgradigen Elephantiasis befallen waren. Ungefähr in der Mitte der Geschwulst führte eine kleine Oeffnung auf den Penis. Am 21. Aug. 1873 entfernte L. den Tumor.

Nachdem er sich durch senkrechtes Erheben der Geschwulst und Abbinden des Stieles gegen eine profuse Blutung gesichert hatte, führte er in das erwähnte Loch eine Hohlsonde und schnitt nun senkrecht auf den Penis ein. Das hypertrophische Präputium wurde auf der Sonde gespalten, der Penis rasch herausgeschält und gegen die Bauchwand nach aufwärts geschlagen. Zwei seitliche, je dem Samenstrang folgende tiefe Schnitte lösten die beiden Hoden heraus. Sie wurden ebenfalls nach oben gehalten und nun trennte ein Querschnitt die Geschwulst ab. Die Blutstillung erforderte 30 bis 40 Ligaturen. Der Penis und die Hoden wurden mit einer schwachen Carbollösung verbunden. Ein Kissen stützte die letzteren, welche infolge der Verlängerung der Samenstränge bis zum Knie herabhingen. Das Gewicht des Tumor betrug 65 Pfd.

Ungefähr 7 Wochen nach der Operation konnte Pat. das Bett verlassen und umhergehen. Die Hoden hatten sich vollständig zurückgezogen und waren mit einer Art Haut bedeckt.

In dem 2. Falle, gleichfalls bei einem Muselmann von 26 Jahren, bestand die Elephantiasis seit 10 Jahren. Seit 2 Jahren konnte Pat. wegen des Gewichtes der Geschwulst nicht mehr gehen. Der Tumor war an der unteren Fläche exulcerirt.

Trotz des nicht sehr günstigen Allgemeinbefindens des Pat. gab L. dennoch seinen Bitten nach und entfernte den Tumor. Operationsweise wie bei Fall I. Gewicht des Tumor 61 Pfd.

Es trat vollkommene Heilung und Retraction der Hoden ein.

In England kommen derartige Geschwülste auch gelegentlich vor. Den grössten der dortigen (44 Pfd.) entfernte Liston in Edinburgh mit Glück. Hoden und Penis wurden dabei mit weggenommen.

Einen andern Fall, in welchem die Geschwulst 30 Pfd. wog, hat Dr. Wiblin (Transactions of the medico-chirurgical Society 1863) veröffentlicht. Der Pat. starb bald nach der Operation.

Schliesslich hat Dr. Fayrer im »Clinical Surgery in India« eine Anzahl von derartigen Tumoren beschrieben, welche er meistens mit gutem Erfolge exstirpirt hatte. **Lossen** (Heidelberg).

J. Willimsky. Wirkung des Ergotins auf die Blase.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

Verf. (resp. Prof. Vogt) pinselte auf die freigelegte, oder injicirte in die vorher entleerte Blase von Hunden und Kaninchen eine Lösung von Extract. Secal. cornut. aquos. Effect: prompte Contraction einige Secunden andauernd. Keine Allgemeinwirkung. Verf. empfiehlt das gen. Mittel in der Form von Injectionen in die Blase gegen Blasenlähmung und illustrirt seine Empfehlung durch zwei Vogt'sche Krankengeschichten.

1) Typische Blasenlähmung bei einem 46jähr. Fräulein. Discision einer narbigen Verwachsung der hinteren Blasenwand mit dem Cervix uteri ohne Effect. Extract. Secal. cornut. aquos. 0,25 anfangs täglich, später seltener in die sorgfältig gereinigte und entleerte Blase injicirt, bewirkte in 14 Tagen völlige Heilung.

2) Acuter Blasenkatarrh. Unvermögen, den Harn vollständig zu entleeren. Extract. Secal. cornut. 0,2 drei Mal in 24stündigen Pausen injicirt, beseitigte das Uebel rasch. **Rupprecht** (Halle).

Kleinere Mittheilungen.

Wagstaffe (Thomas's hospital). Growth occupying nearly half of tongue — removal of greater part of tongue through the mouth. Recovery.

(Med. tim. and gaz. 1874. Novbr. 7. p. 522.)

Bei einem 50jähr. kräftigen Manne hatte sich seit 22 Jahren eine, die rechte Hälfte und die Spitze der Zunge einnehmende, papilläre Geschwulst entwickelt, von der Spitze gerechnet 3 Zoll lang. Der Rest der Zunge ist hart, zeigt viele Fissuren. Keine Eiterung. Die Submaxillardrüsen geschwellt. Am 6. April 1874 Operation: der Wundwinkel wird rechts über einen Zoll rückwärts gespalten, die Zunge vorgezogen und an der Basis der Geschwulst mit der galvanocaustischen Schneideschlinge abgetragen. Keine primäre, 7 Tage später eine geringe secundäre Blutung. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfälle. Pat. spricht gut, und war am 10. Octbr. noch kein Recidiv zu constatiren. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein reines Papillom. **Ranke** (Halle).

Hulke (Middlesex hospital). On a wound of the hand.

(Med. tim. and gaz. 1874. October 31. p. 491.)

H. bespricht in einem klinischen Vortrage die Schwierigkeiten der Blutstillung in der Palma an dem Beispiel eines Patienten des Middl. hosp., der sich durch eine zerbrechende Flasche eine tiefe Wunde an der Innenseite des rechten Handtellers zugezogen hatte. Am 10. Tage wurde, nach der, trotz sorgfältiger Einwicklung zum 4. Male eingetretenen Blutung aus einem nicht auffindbaren Gefässe, die Ligatur der Brachialis gemacht. Eine Woche später machte ein inzwischen entstandenes falsches Aneurysma doch noch eine Unterbindung in loco nothwendig. Der weitere Verlauf war günstig. Aus gleicher Ursache unterband H. 3 Mal die Art. brachialis, 2 Mal die Art. ulnar. und radial., allemal mit gutem Erfolg, wenn auch mehrere Male unbedeutende Nachblutungen eintraten. Aus dem nichts wesentlich Neues bietenden Vortrage geht hervor, dass H. die Esmarch'sche Einwick-

lung beim Aufsuchen der Gefässe nicht anwendet, dass er sich ferner (bei der eingestandenen Unsicherheit seines antiseptischen Verbandes wohl mit Recht) scheut, die Sehnen durch grosse Explorationsschnitte frei zu legen. **Ranke** (Halle).

Léger. Plaie de l'indicateur droit; séparation de la phalangette par l'ouverture de l'articulation. Réunion par première intention sous un pansement par occlusion.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 39.)

Einem Manne von 37 Jahren war durch eine Kreissäge das 2. Interphalangealgelenk mit scharfem Schnitte so eröffnet worden, wie bei der Exarticulation mit Dorsallappen. Es wurde innerhalb einer Viertelstunde nach der Verletzung ein Heftpflasterverband angelegt, der den ganzen Finger einschloss. Es drang weder Blut, noch Wundsecret durch den Verband, der leichte Schmerz hörte am 3. Tage auf, doch erst am 16. Tage wurde der Verband gelüftet; die Heilung war ohne jede Spur von Eiterung vollendet. **Gersuny** (Wien).

Maunder (London hospital). New operation for exostosis.

(Med. tim. and gaz. 1874. Novbr. 7. p. 523.)

Im Anschluss an die Mittheilung in der Med. tim. vom 8. Aug. 1874 (Chir. Centralblatt No. 25, 1874) wird der Ausgang des berichteten Falles zur Kenntniss gebracht. Die abgebrochene Geschwulst ist wieder angeheilt, da jedoch die Spitze der Geschwulst jetzt nach innen gekehrt ist, sind die subjectiven Beschwerden der kleinen Patientin verschwunden und die Extremität vollständig gebrauchsfähig. **Ranke** (Halle).

Sinclair. Inversion of the uterus; amputation. Dublin pathol. society.

(The Dublin Journal of med. sciences 1874. Septbr.)

Die Inversion erfolgte im letzten Wochenbett und bestand 8 Jahre. Abgesehen von der Vaginalexploration liess sich die Diagnose sehr leicht stellen, wenn man mit einer gebogenen Sonde in die Blase, mit dem Zeigefinger in das Rectum eindrang. Wurde der Sondenknopf gegen das Rectum gekehrt, so konnte er mit dem Finger deutlich gefühlt werden, ein Beweis, dass der Uterus nicht an der richtigen Stelle lag.

Da die Reposition des invertirten Uterus misslang, so legte S. eine Ligatur um den Stiel der Geschwulst und amputirte am 5. Tage vor der Schlinge.

3 Tage nachher fiel letztere mit dem Stielreste ab.

12 Tage darnach konnte Pat. bereits im Bette aufsitzen und verliess nach 2 Monaten gesund das Hospital.

Die Untersuchung des Uterus zeigte eine vollkommene Verwachsung der Peritonealblätter. **Lossen** (Heidelberg).

De Lépine. Behandlung der Paraphimose mit elastischer Binde.

(Journal de médecine et de chirurg. pratique 1874. Hft. 11. p. 494.)

Nach mehrfachen vergeblichen Reductionsversuchen der seit 5 Tagen bestehenden Paraphimose umwickelte Verf. die Eichel, vom Meatus beginnend bis zur Corona, mit einer kleinen 1 Cm. breiten Kautschukbinde, über die er eine zweite etwas fester anlegte. Nach 10 Minuten war die violette, geschwellte Eichel weiss und geschrumpft, so dass die Reduction mit Leichtigkeit gelang.

Pagenstecher (Elberfeld).

Auch in der chirurgischen Klinik zu Leipzig wurde diese Methode mit Erfolg ausgeführt. **Tillmanns.**

J. Hue. Obstruction intestinale siégeant dans la partie supérieure de l' S iliaque. Désobstruction instrumentale directe au moyen de la dilatation manuelle de l'anus.

(Gaz. hebdom. 1874. No. 30.)

Ein Mann von 76 Jahren litt seit 8 Tagen an Stuhlverhaltung, die weder auf Clysmen, noch Purganzen wich. Schliesslich kam es zu häufigem Erbrechen und zu einer grossen Ausdehnung des Bauches.

H. führte dem Pat. die Hand in das Rectum ein und drang unter ihrer Leitung mit dem Uterusdepressor von M. Sims (ein Metallstab, der einen unter einem Winkel abgebogenen Ring trägt) etwa 10 Cm. über das Promontorium. Nach einigen seitlichen Bewegungen des Instrumentes ging plötzlich massenhaft Koth und Gas ab und der Kranke genas. **Gersuny** (Wien).

Royal medical and chirurgical society. 27. October 1874.

(Med. tim. and gaz. 1874. Novbr. 14.)

1) Extraction eines elastischen Katheters aus dem Rectum, welcher vor 20 Monaten zur Einleitung eines Abortus gebraucht, diese Zeit über zwischen Vagina und Rectum ohne andere Symptome, als die einer Ischias hervorzurufen, verweilt hatte. Details mangelhaft.

2) Entfernung eines 11 Pfd. wiegenden Uterusmyoms vom Fundus ausgehend, durch den Bauchschnitt. Heilung. Spencer Wells bemerkt dazu, dass er 3 derartige Operationen mit Erfolg gemacht; die Mortalität sei grösser, als bei Ovariotomieen, er halte die Operation nur dann für gerechtfertigt, wenn »the disease was bringing the patient to death«. **Ranke** (Halle).

F. Kunze. Ueber die Behandlung des chronischen Harnblasenkatarrhs.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 44.)

Verf. rühmt die directe, locale Behandlung des chronischen Blasenkatarrhs vermittelst der Hegar'schen Infusionsmethode (Berl. klin. Wochenschrift 1874, No. 6, Centralbl. f. Chir. 1874, No. 2, p. 26). Im Uebrigen nichts Neues.
Tillmanns (Leipzig).

Eyselein (Blankenburg a/Harz). Ozaena und Kali chloricum.

(Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1874. No. 41.)

Verf. erzielte in einem seit 13 Jahren bestehenden Falle von Ozaena durch Behandlung mit Kal. chlor. dauernde Heilung und fordert dringend zu Heilversuchen mit dem genannten Mittel auf. E. wandte zur Bepinselung der geschwürigen Nasenschleimhaut eine concentrirte Lösung an (1 Theil Kal. chlor., 6 Theile Wasser); Lapislösungen, Kal. hypermang. etc. erwiesen sich vollständig wirkungslos.
Tillmanns (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Halle a. S. in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38. **Sonnabend, den 19. December.** **1874.**

Der Schnee als Wundreinigungs- und Blutstillungsmittel für Operationswunden.

Von

Dr. Hasse in Nordhausen.

Nachdem wir durch das Esmarch'sche Verfahren in den Stand gesetzt sind, an den Extremitäten in blutleerem Gewebe zu operiren, empfinden wir bei Operationen an solchen Körperstellen, an welchen die zuführenden Gefässe durch Compression nicht abzuschliessen sind und zugleich eine Erweiterung und Ueberfüllung der Capillaren und venösen Gefässe besteht, die Blutung um so unangenehmer.

Zu Operationen dieser Art gehört an erster Stelle die Tracheotomie. Gerade diese Operation, deren Beschleunigung in vielen Fällen so wesentlich ist, wird oft durch störende Blutungen sehr erschwert und aufgehalten.

Einige Mal hatte ich die Tracheotomie an solchen Wintertagen zu machen, an welchen frisch gefallener Schnee lag. Ich liess solchen sammeln und benutzte denselben anstatt der Schwämme zum Abtüpfen der Wunde. Drückt man eine derbe Hand voll lockeren Schnee einige Secunden lang fest auf die Operationswunde auf, so presst sich derselbe in alle Vertiefungen und Falten der Wunde genau ein und giebt beim Abheben ein getreues Bild der Wundfläche, welche letztere jetzt einige Zeit gänzlich frei von Blut und zugleich ziemlich empfindungslos ist. Denn der Schnee saugt erstens das ausgetretene Blut viel vollkommer auf, als dies durch einen Schwamm geschieht; zweitens wirkt er sowohl durch die gleichmässige Compression, welche sich durch denselben auf die Wunde ausüben lässt, als auch namentlich durch die Kälte adstringirend auf die durchschnittenen Capillaren und kleineren Gefässen, und endlich durch letztere Eigenschaft anästhesirend auf die Nerven.

So kann man sich durch von Zeit zu Zeit wiederholtes Aufdrücken von lockerem Schnee ein blutfreies Operationsfeld verschaffen, welches eine schnelle und sichere Beendigung der Operation gestattet, und wird zugleich weniger Chloroform gebrauchen, als dies sonst nöthig ist.

Schade nur, dass wir dies vortreffliche Hülfsmittel nur selten zur Hand haben, zumal nur noch vollkommen lockerer Schnee für unseren Zweck brauchbar ist.

Derselbe muss deshalb auch behutsam gesammelt werden, am besten, indem man ihn mit einer dünnen Schaufel vorsichtig vom Erdboden absticht und auf einem flachen Gefässe locker aufhäuft.

C. Heine. Der Hospitalbrand (Gangraena diphtheritica). Wunddiphtheritis.

(Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, redigirt von v. Pitha und Billroth. I. Bd. 2. Abthlg. 1. Hft.)

Gestützt auf anatomische und experimentelle Untersuchungen, sowie auf eine reiche klinische Erfahrung hat H. in anregender und zugleich bestimmter Form seine Ansichten über das Wesen des Hospitalbrandes ausgesprochen. Der entschieden formulirte Standpunct des Verf.'s wird gar Manchen zu einer wissenschaftlichen Prüfung der dargelegten Ansichten anregen. Ungemein reichhaltig ist die im Werke niedergelegte Casuistik, welche für Jeden, der die Hospitalbrandfrage studirt, ihren Werth behalten wird. Ein so umfangreiches Werk lässt sich kaum in ein verhältnissmässig kurzes Referat einzwängen und Ref. muss sich deshalb darauf beschränken, hier nur die Hauptpuncte des Buches hervorzuheben. —

Nach einer kurzen Einleitung und einer historisch-kritischen Uebersicht über die vorhandene Literatur bespricht Verf. ausführlichst das Wesen und die Aetiologie der Nosokomialgangrän. Verf.

erweist sich als ein energischer Vertreter der Identitätsehre der Wunddiphtheritis und des Hospitalbrandes und sucht besonders die gegentheiligen Ansichten Roser's, Billroth's, König's u. A. zu widerlegen.

Zum Wesen des Hospitalbrandes gehören nach H. 4 Factoren: 1) specifische Infection; 2) specifische entzündliche »Infarsion« (d. h. Anschoppung körperlicher Formelemente); 3) Nekrosirung; 4) Fäulniss.

Der Beweisführung für die Identität des Hospitalbrandes mit der Wund-, resp. Schleimhaut-Diphtheritis hat Verf. ein ausführliches Capitel gewidmet und sucht die Unität der genannten Affectionen zu beweisen:

1) durch Experimente an Thieren und Menschen;

2) durch den casuistischen Nachweis eines wechselseitigen genetischen Abhängigkeitsverhältnisses;

3) durch die Statistik;

4) durch die vergleichende anatomische Untersuchung.

Besonders auf die letztere Art der Beweisführung legt Verf. einen besonderen Werth. Das Resultat der histologischen Untersuchungen war bei den genannten Affectionen im Wesentlichen stets dasselbe. H. fand stets neben Detritusmassen: 1) unzweifelhafte Monaden (entweder einzeln oder Monascolonieen, Monasketten etc.); 2) die von Thiersch zuerst beschriebenen (cf. v. Pitha und Billroth, I. Bd. II. Abth. p. 572) Gerinnungen der plasmatischen Wundschieht; 3) Anhäufung von Eiterzellen »unter dem diphtheritischen Filtrum«; 4) Zerfall der Gewebselemente. Die Ursache dieser Kette von anatomischen Veränderungen bei der Diphtheritis und dem Hospitalbrand sucht H. nicht in der Gegenwart der Monaden, welche wahrscheinlich gar keine specifische Wirkung ausüben, sondern deren bescheidene Rolle nur darin besteht, dass sie als »Freunde animalischer Kost« den moleculären Zerfall einleiten. Vielmehr handelt es sich nach Verf. um einen specifischen, uns unbekannten Giftstoff, dessen unmittelbare und wesentlichste Einwirkung darin besteht, dass er die erwähnte Gerinnung des plasmatischen Saftes der Granulationen und der in den Lymphbahnen und Saftcanälchen der Gewebe circulirenden Lymphe hervorruft. Infolge dieser Gerinnung können die Eiterzellen nicht mehr nach aussen gelangen, sie stauen sich in immer grösseren Massen in den tieferen Wund- und Gewebsschichten an, verstopfen die Circulationswege (Gewebsnekrose) oder eröffnen sich einen Ausgang nach rückwärts in die Circulationsbahnen (Erysipel).

In dem 4. Capitel giebt Verf. ein allgemeines Bild und die verschiedenen Entwicklungsstufen und Ausgänge des als Wunddiphtheritis charakterisirten Hospitalbrandes. Verf. unterscheidet:

1) Diphtheritisch-entzündliche »Wundinfarsion« mit spontaner Rückbildung.

2) Molecularnekrose der diphtheritisch-infarcirten Wundoberfläche, diphtheritische Ulceration.

3) Totalnekrose diphtheritischer Wundschichten mit hautartiger Abstossung (pseudomembranöser Hospitalbrand).

4) Gangränescenz diphtheritisch-infarcirter Wundschichten mit oder ohne septische Entzündung, Gangraena diphtheritica (pulposa), pulpöser Hospitalbrand.

Von besonderem Interesse ist das Capitel über die Aetiologie des Hospitalbrandes, in welchem die Frage behandelt wird, ob die Affection »eine enhospitale oder epidemische Entstehungsweise« habe, ob sie »durch Miasma oder Contagium« verbreitet werde. Gegen die fast allgemein verworfene Hospitalgenese der Nosokomialgangrän führt H. zahlreiche Beobachtungen aus der sorgfältig studirten Literatur an, welchen er weitere aus der eigenen Erfahrung hinzufügt. Um die leider noch so wenig erforschte und analysirte Bedeutung der sanitären Missstände in den Hospitälern bezüglich der Wunddiphtheritis, wie für alle übrigen infectiösen Wundkrankheiten zu eruiren, schlägt Verf. eine klinisch-statistische Untersuchung über den jeweiligen Antheil vor, welchen die einzelnen Krankenräume eines Spitals und die einzelnen Betten an dem jährlichen Contingent der Wundkrankheiten nehmen und zwar mit Rücksicht auf ihre Situation, ihre nächste Umgebung, auf die Zahl und Aufstellung der Betten, auf die Anordnung der letzteren zu den Fenstern, Thüren, Wänden, Aborten etc. Seit 2 Jahren hat Verf. diesen gewiss nachahmenswerthen Weg der Untersuchung auf seiner Klinik eingeschlagen und hat schon jetzt werthvolle Aufschlüsse erhalten. — Von ganz besonderem Interesse ist die Frage der Contagion des Hospitalbrandes, welche Verf. im Anschluss an Pouteau, Ollivier, Groh u. A., und im Gegensatze zu Richerand, Percy, Hirsch, v. Pitha festhält. Zur Entscheidung der Frage hat Verf. zum Theil noch im Verein mit C. O. Weber interessante experimentelle Untersuchungen angestellt, deren Details im Original nachzusehen sind. Verf. resumirt schliesslich seine Ansicht über die Aetiologie und das Wesen des Hospitalbrandes dahin, dass derselbe »durch örtliche Infection einer Wunde, durch eine specifische substantielle materia peccans, das diphtheritische Gift, entsteht«. Letzteres ist in dem Secret erkrankter Wunden vorhanden, wird von der Luft aufgenommen und kann auf andere Wunden übertragen werden. Nur unter besonderen Umständen entsteht von dem localen Infectionsherde aus eine allgemeine Infection des Blutes, welche ihrerseits wesentlich als eine septische zu betrachten ist. — Verf. hält es für wahrscheinlich, dass die Giftstoffe des Erysipels, des Puerperalfiebers, der Cholera, Ruhr, des Typhus und des Hospitalbrandes nicht weit auseinander liegen, vielleicht sind sie nur Varianten desselben schädlichen Agens. Mit Rücksicht auf diese Frage hatte C. O. Weber vergleichende Untersuchungen vorgenommen, welche in 2 bisher noch nicht veröffentlichten Curventafeln niedergelegt sind und vom Verf. mitgetheilt werden.

In dem 7. Capitel giebt Verf. eine ausführliche Schilderung des klinischen Bildes des Hospitalbrandes. Ref. hebt nur Folgendes her-

vor. Der Wundcroup, welcher nach Thiersch (l. c. p. 572) als Gerinnung der pyogenen Granulationsschicht aufzufassen ist, zeigt sich nahe verwandt mit der »diphtheritischen Wundinfarsion«, d. h. mit dem Hospitalbrand. Sobald die Gerinnung des Wundsecrets auf der Granulationsfläche tiefer greift, sobald eine Gerinnung des plasmatischen Saftes der obersten Granulationsschichten erfolgt, so entsteht aus dem Wundcroup unter Einwirkung des specifischen Giftes die diphtheritische Wundinfarsion, d. h. die gemeinsame anatomische Grundlage der einzelnen Formen des Hospitalbrandes. In den leichtesten Fällen wird die diphtheritisch-infiltrirte Partie auf dem Wege des molecularen Zerfalls, der schleimigen Erweichung eliminirt, oder die nekrosirte diphtheritische Wunddecke wird in toto oder in grösseren zusammenhängenden Fragmenten abgestossen. In den schlimmeren und schlimmsten Fällen breitet sich der diphtheritische Process in der Fläche und Tiefe weiter aus und wenn als neues Moment die Gangränescenz und jauchige Zerfliessung der diphtheritischen Entzündung hinzutritt, so ist damit der höchste Grad, der eigentliche Hospitalbrand im Sinne Roser's, Billroth's, König's u. A. gegeben (ulceröser und pulpöser Hospitalbrand).

Bezüglich des Fiebers betont Verf., dass es kein typisches Hospitalbrandfieber gebe; das Fieber ist nicht constant, ja es steht nicht einmal zur Ausbreitung des Processes in einem geraden Verhältniss. In Uebereinstimmung mit Fischer beobachtete Verf. stets, dass bei Ausschluss jeder Complication das Fieber nicht vor, sondern erst nach der sichtbaren Entwicklung der ersten Wundveränderungen ausbricht und nur selten mit Schüttelfrost beginnt. Zur Bestätigung des Gesagten fügt Verf. einige Temperaturtabellen bei. —

An das Capitel (über das klinische Bild des Hospitalbrandes) schliesst Verf. einige Bemerkungen über den Leichenbefund und discutirt dann ausführlich die differentielle Diagnostik zwischen Wunddiphtheritis und Zertrümmerungsbrand, nicht specifischer gangränöser Phlegmone, Verschorfung nach Application von Aetzmitteln, Wundcroup, Anämie und Trockenheit einer Wunde, Oedem, Wundbeschaffenheit bei Pyämie, Typhus etc.

Den Schluss des Werkes bilden die Capitel über Prognose, Mortalität, Dauer, Recidivfähigkeit und bleibende Nachtheile und endlich über die Therapie des Hospitalbrandes. Bezüglich der letzteren betont Verf. eine strenge Isolirung der inficirten Kranken. Mit Rücksicht auf die Behandlung der Affection selbst warnt H. mit Recht vor einer rein chablonenmässigen örtlichen Therapie. Die einzelnen, theils medicamentösen, theils operativen Behandlungsmethoden bringt Verf. in 6 Gruppen: 1) einfach reinigende Behandlung, 2) desinficirende, 3) reizende, 4) kauterisirende, 5) mechanische, bez. operative Entfernung der erkrankten Wundpartieen, 6) die Amputation.

Unter den Reizmitteln hat Verf. mit der Anwendung des Terpentin entweder allein, oder in Verbindung mit kräftiger Desinfection gute Resultate erzielt. Die Schattenseiten der ätzenden Be-

handlung werden nach Gebühr gewürdigt, und dem Cauterium actuale vor den cauterisirenden Säuren, Alkalien und Metalloiden der Vorzug gegeben. Bezüglich der Amputation bezweifelt H. die Richtigkeit der Behauptung Fischer's, dass mindestens die Hälfte der wegen Hospitalbrand gemachten und bekannt gewordenen Amputationen ein günstiges Resultat ergeben habe. Als ultimum refugium hält Verf. die Amputation unter complicirenden Verhältnissen (bei grossen Zerstörungen, bei Eröffnung von Gelenken, Arrosion von Hauptgefässstämmen etc.) nur in solchen Fällen für indicirt, in welchen es noch nicht zur Septicämie gekommen ist und die Ablation innerhalb intacter, noch nicht infiltrirter Weichtheile vorgenommen werden kann.

Tillmanns (Leipzig).

A. Monteverdi. Note sur un moyen simple, facile, prompt et certain de distinguer la mort vraie de la mort apparente de l'homme.

Cremona 1874, 8., 20 p., avec six planches oléographiques.

Das namentlich in neuerer Zeit mehrfach discutirte Problem, ein einfaches und sicheres Mittel zur Erkennung des eingetretenen Todes aufzufinden, glaubt Verf. durch ein empirisch gewonnenes und an zahlreichen moribunden und abgestorbenen Körpern geprüftes Verfahren gelöst zu haben. Es besteht in subcutanen Ammoniakinjectionen, welche mit einem ganz reinen Präparat in der Menge von 1 bis 2 Ccm. an der Vorder- oder Aussenseite eines Oberschenkels ausgeführt werden. Bei nur noch minimal bestehendem Leben, also im agonischen oder scheintodten Zustande, bildet sich an der Injectionsstelle immer ein 5—7 Cm. messender runder oder elliptischer Fleck von weinrother Farbe und leicht vermehrter Wärme; daneben besteht eine deutliche Prominenz der Haarbälge und seröse Exsudation in die Haut, welche hier und da zur Abhebung der Epidermis führt. Bei der Leiche dagegen entsteht an der Stichstelle nur ein gleich grosser, glatter und schmutzig grauer bis grauschwarzer Fleck, welcher sich etwa nach 10 Minuten — bei längerer Dauer des Todes noch später — langsam entwickelt, während die Bildung des rothen Fleckes unmittelbar nach der Injection beginnt.

Das Auftreten des weinrothen Colorits ist vorzugsweise charakteristisch für die vitale Reaction und zeigt je nach der Intensität der bestehenden Lebenserscheinungen verschieden lebhafte Nuancirungen. Verf. behauptet somit, auf Grund von Controlversuchen, dass, wenn 5 Stunden nach erfolgtem Ableben die subcutane Ammoniakinjection nur eine schmutzig-graue Verfärbung der Haut bewirke, ohne eine Spur von Roth, dies als ein untrügliches Kriterium des erfolgten Todes anzusprechen sei.

Die Wirkung des Ammoniaks als vitales Reagens soll darauf be-

ruhen, dass im scheintodten Körper noch Absorptionsvermögen, die wichtigste und letzte aller Lebensfunctionen nach M., bestehe, im Verein mit der capillaren Circulation. Dem gegenüber aber erscheint der Vorgang der Diffusion von Flüssigkeiten, wie er in jeder Leiche statt hat, doch von nahezu gleicher Wirkung. Nach des Ref. Ansicht kann die vitale Röthung selbst, offenbar nur auf Kaliberveränderungen der blutführenden Gefässe (phlogistische Reaction), oder, im Sinne der bekannten Beobachtung über die Ammoniakwirkung auf die Haut, auf »globulöse Stase« zurückgeführt werden.

Arn. Hiller (Berlin).

H. Meyer. Ueber den Einfluss einiger flüchtiger Stoffe auf die Zahl der farblosen Zellen im Kreislaufe.

Inaug.-Diss. Bonn. 1874.

Anknüpfend an E. Hirt's Versuche (E. Hirt, Ueber das numerische Verhältniss zwischen den weissen und rothen Blutzellen. Joh. Müller's Archiv. 1856, p. 174) in den Verhältnisszahlen der Lymphkörperchen zu den rothen einen Ausdruck der Wirkung einzelner Tonica zu finden, liess Prof. Binz den Verf. der Dissertation Beobachtungen anstellen über den Einfluss von Terpentinöl, Kampher, Kamphercymol, Zimmtöl, Fenchelöl, Pfeffermünzöl, Alkohol, Aether, Essigäther, Baldrianöl, und Ttr. Chinae simpl. auf relatives Zahlenverhältniss weisser und rother Blutkörperchen. (Hirt fand, dass Alkohol keine Vermehrung der Lymphkörperchen bedinge, wohl aber Tinct. ferri pomata, Tinct. amara, Tinct. Chinae und Tinct. Myrrhae, letztere am stärksten.) Verf. wählte als Zeit zu seinen Untersuchungen die Nachmittagsstunden, da bald nach Tisch die Zahl der farblosen Blutzellen am grössten ist und dann stetig abnimmt. Er stellte alle Versuche an sich selbst an, entnahm einem Tropfen seines Blutes mittelst einer graduirten Capillarröhre eine bestimmte Blutmenge, die er kräftig auf einen Objectträger ausbliess, auf welchem sich das dreifache Quantum einer 0,6% Kochsalzlösung befand. Zur Zählung jedes einzelnen Präparates zählte er je zehn verschiedene Gesichtsfelder auf die weissen Zellen sorgfältig ab; jedes Mal nahm er 6 Proben, so dass er 60 Felder durchzählte, von allen die Mittelzahl nehmend. Terpentinöl, Kampher, Kamphercymol, Zimmtöl und Fenchelöl vermehren die Zahl der farblosen Blutzellen erheblich, sobald sie vom Tractus intestinalis aus aufgenommen werden, Kamphercymol nicht, wenn es subcutan einverleibt wird; Pfeffermünzöl vermindert sie. Von den untersuchten Radicalen der Fettreihe vermehren Aether und Essigäther dieselbe, Alkohol hat in fraglicher Hinsicht keinen Einfluss. Ebenso vermehrt Baldrianöl und in geringem Grade auch Tinct. Chinae simpl. die Zahl der farblosen Blutzellen, und nach Siegen's Versuchen auch Caryophylli, Tinct. Cort. aurant., Macis und Pfeffer. — Seine Beobachtungen deutet M. dahin, dass die eine Ver-

mehrung der Blutzellen bedingenden Substanzen Erschlaffung der Gefässe bedingen, excitirend auf die weissen Zellen der Malpighi'schen Körperchen in der Milz wirken und dieselben zum Durchwandern der erschlafften Gefässwandungen veranlassen.

v. Mosengeil (Bonn).

Wilbouchewitsch. De l'influence des préparations mercurielles sur la richesse du sang en globules rouges et en globules blancs.

(Brown-Séquard's Archiv 1874. p. 509—537.)

W. stellte an Patienten, die an hartem Schanker und indolenten Bubonen, zum Theil auch schon an secundären Erscheinungen litten, tägliche Blutkörperchenzählungen nach der Methode von Malassez (s. Centralblatt No. 3, p. 37) an. Die Kranken erhielten pro die 0,04 Sublimat in 4 Pillen, oder 0,1 Hydrarg. protojod. in 2 Pillen; im Uebrigen vollständig dasselbe Regime. Gewöhnlich wurden vor der Darreichung des Quecksilbers die Kranken vier Tage lang beobachtet. Hier sah W. die rothen Blutkörperchen von Tag zu Tag an Zahl abnehmen, so dass ihre Gesammtzahl unter das durchschnittliche Mittel sank. Daraus wäre der Schluss zu ziehen, dass in dem Krankheitsprocesse der Lues selbst die Ursache der Hypoglobulie läge. Wurde nun Quecksilber gereicht, so stieg dann zusehends die Zahl der rothen Blutkörperchen, und zwar bis zum 16. Tage der Behandlung etwa um $1/3$ der vor der Quecksilbercur vorhandenen Quantität an rothen Blutkörperchen. Vom 17. Tage etwa ab fingen unter weiterem Mercurialgebrauch die rothen Blutkörperchen wieder an, quantitativ abzunehmen. Wurde nunmehr mit der Darreichung von Quecksilber aufgehört, so erhob sich wieder ihre Zahl bis zur früheren Höhe. Die Menge der weissen Blutzellen zeigte weniger regelmässige Veränderungen; indessen bietet sich im Allgemeinen das entgegengesetzte Verhältniss der Zu- und Abnahme dar. Aus diesen Beobachtungen ergiebt sich mithin, dass das Quecksilber eine Zeit lang einen unverkennbar günstigen Einfluss auf die Hypoglobulie übt, dass aber eine über 2 Wochen fortgesetzte Mercurialcur als entschieden schädlich für die Blutmischung hinzustellen ist, da sie schliesslich zur Anämie, oder besser, Hypoglobulie (Oligokythämie) führt. Von ebenso ungünstigem Einfluss als die zu lange fortgesetzte Darreichung kleiner Quecksilbergaben erweisen sich seltene, aber grosse Dosen, indem bei letzteren von vornherein die Zahl der rothen Blutkörperchen abnimmt.

J. Munk (Strassburg i/E.).

A. Obaliński (Krakau). Bericht der chirurgischen Abth. d. St. Lazarus-Spitals in Krakau für 1873.

(Przegląd lekarski 1874. No. 35—37, polnisch).

Im Ganzen wurden 648 Kranke behandelt; der Abgang betrug 600 d. i. 320 Männer u. 280 Weiber; davon wurden entlassen: geheilt 344

= 57,3 %; gebessert 86 = 14,3 %; nicht geheilt 74 = 12,3 %; transferirt 36 = 6 % und gestorben 60 = 10 %. — Der Tod wurde verursacht: durch Pyaemie 9 Mal; Septikämie 5 Mal; Erschöpfung 15 Mal; Meningitis 1 Mal; Peritonitis 3 Mal; Combustio 1 Mal; Phthisis pulmonum 5 Mal; Morb. Bright. 3 Mal; Erysipelas 1 Mal; Pneumonie 2 Mal; Infiltratio pulmonum sarcomatosa 1 Mal; Carcinosis 2 Mal; Noma 2 Mal; Infiltratio urinosa cum urämia 2 Mal; Verblutung 1 Mal; Laryngitis crouposa operata 1 Mal; an unmittelbaren Folgen der Verletzung verschieden 4 Patienten.

Beachtenswerthe Fälle: 1) Fractura cranii complicata cum depressione nec non conquassatio cruris, bei einem 51jährigen Bauer. — Secundäre Amputation im oberen Drittel des Unterschenkels — guter Heilungstrieb. Nach 10 Tagen Gehirnsymptome, die nach Entfernung der Bruchstücke aus der Kopfwunde verschwinden. Nach abermaliger 10tägiger Euphorie: Pyämie und Tod. — Section weist eine weitreichende Schädelfissur nach. —

2) Ein 22jähriges Dienstmädchen fiel vom 2. Stock auf den Boden und trug eine starke Gehirnerschütterung ohne äussere Kopfwunde davon. Später stellte sich Ohrenbluten, Erbrechen, Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit aus dem linken Ohre, Lähmung der linken Gesichtshälfte und der Urinblase ein; die Diagnose wurde mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Fractura baseos cranii gestellt. Nach 2 Monaten verliess Pat. geheilt die Anstalt. —

3) Eine Quetschwunde am Kopfe mit Entblössung des Schädelknochens führt zu Ostitis, Phlebitis, Meningitis und endigt am 13. Tage mit dem Tode. Die Section bestätigt die Diagnose und weist keine Fractur der Schädelknochen nach. —

Das Wunderysipel wurde in 59 Fällen, also beinahe in 9 % aller Fälle beobachtet und dabei constatirt, dass dasselbe nur 36 Mal auf der Abtheilung entstand, in den anderen Fällen dagegen von Aussen hereingeschleppt wurde. In den meisten der Fälle (27) wurde ein wöchentlicher Typus gefunden; in einem Falle dauerte es 35 Tage. Die innerlich und äusserlich angewandte Carbolsäure erwies sich eben so unzulänglich, als andere dagegen gepriesene Mittel. —

Unter anderen wurden folgende grössere Operationen ausgeführt: Amputationen: 4 am Oberschenkel, 7 am Unterschenkel, 1 am Fuss nach Lisfranc, 1 am Oberarme, 2 am Vorderarme; 3 Exstirpationen der Brust. 1 Mal wurde der ganze Unterkiefer subperiostal ausgeschält und 1 Mal wegen Ankylose resecirt.

Zuletzt sind noch 6 Exstirpationen von Neoplasmen, 1 Nekrotomie, 3 Herniotomieen, 1 Tracheotomie, 2 Lippenbildungen nach Blasius und 1 Operation der Hasenscharte zu notiren.

Obaliński (Krakau).

A. Böcker (Berlin). Exstirpation von zwölf Kehlkopfpolypen.
(Deutsche Klinik 1874. No. 38—41.)

Die Mittheilung (nach einem in der Berliner med. Gesellschaft gehaltenen Vortrage) enthält einen Bericht über 12 Fälle von Kehl-

kopfpolypen, welche Verf. innerhalb der Zeit vom Sommer 1873 bis Herbst 1874 exstirpirt hat. Dieselben betrafen theils Papillome, theils Fibroide, theils Granulationsgeschwülste und wurden meist mit der Bruns'schen Quetschschlinge entfernt. In keinem Falle wurde behufs der Operation eine locale Anästhesirung des Larynx vorgenommen, welche Verf. wegen der gefährlichen Allgemeinerscheinungen verwirft, sondern es genügte immer zur Abstumpfung der Empfindlichkeit der Kehlkopfschleimhaut die Vorbereitung mittelst wiederholter Sondeneinführung. Auf Grund eigener und fremder Beobachtungen stellt Verf. gegenüber dem Vorschlage von Lewin, die Papillome des Larynx bei häufigem Recidiviren fortwuchern zu lassen und dann bei zunehmender Athemnoth die Tracheotomie zu machen (!! Ref.) die Forderung auf, die Recidive immer möglichst frühzeitig wieder zu entfernen, um dadurch die Tracheotomie zu vermeiden, indem er die Beschwerden und Gefahren der permanenten Kanüle hervorhebt.

P. Bruns (Tübingen).

Landenberger. (Stuttgart). Mittheilungen über ein neues Verfahren der Uebertragung von Blut.

(Württemb. med. Corr.-Blatt 1874. No. 20. p. 153.)

Derselbe. Zur subcutanen Injection von defibrinirtem Thierblut bei Kranken.

(Ibid. No. 33. p. 260.)

Verf. empfiehlt an Stelle der Transfusion für gewisse Fälle die subcutane Injection von defibrinirtem frischem Thierblute, welche er in 3 Fällen in der Weise angewandt hat, dass 8 Grm. defibrinirtes Kalbsblut mit einer Pravaz'schen Spritze subcutan injicirt wurden. In dem 1. Falle erfolgte auf die Injection bei einem Kranken, welcher die Erscheinungen einer acut entstandenen Unwegsamkeit des Darmrohres darbot, eine rasche und vollständige Resorption des Blutes ohne lokale Reaction, sowie eine vorübergehende Besserung des Zustandes. In dem 2. Falle, bei einer marantischen Kranken, bei welcher versuchsweise einige Einspritzungen gemacht waren, erfolgte keine Resorption, sondern es entstanden einfach Sugillationen. Im 3. Falle, bei einer jungen Kranken im letzten Stadium der Lungenphthise, trat Resorption aber zugleich locale und allgemeine Reaction mit Steigerung der Körpertemperatur ein. Verf. fordert zu weiteren Versuchen auf, für welche er absolute Unschädlichkeit in Anspruch nimmt.

In der 2. Mittheilung spricht sich L. auf Grund weiterer Versuche dahin aus, dass bei der subcutanen Injection sämmtliche Bestandtheile des defibrinirten Blutes, namentlich auch die rothen Blutkörperchen resorbirt werden, da in 2 Fällen, wo Injectionen wenige Stunden vor dem Tode gemacht waren, an den Injectionsstellen kein vermehrter Blutgehalt gefunden wurde (? Ref.). In einem Falle be-

obachtete Verf. Abscessbildung, in mehreren Fällen, bei dünner atrophischer Haut und darniederliegender Resorptionsfähigkeit, bildeten sich an den Injectionsstellen guldengrosse, erhabene Sugillationen, wie nach einer Quetschung. L. räth, nur arterielles Lamm- oder Kalbsblut zu injiciren und möglichst gesunde und derbe Hautpartieen zu den Injectionsstellen zu wählen. Therapeutische Resultate sind nicht mitgetheilt. P. Bruns (Tübingen).

Terrillon. Sur le frottement sous-scapulaire et le développement d'une bourse séreuse accidentelle sous l'omoplate.

(Archives gén. de médecine 1874. No. 8.)

Man beobachtet bei einzelnen Individuen, hauptsächlich wenn sie mit einer Schultergelenkankylose behaftet sind, ein eigenthümliches, grob crepitirendes, knarrendes Geräusch, sobald die Scapula in Bewegung gesetzt wird.

Diese Erscheinung, auf welche zuerst Boinet und später Galvagni aufmerksam machten, hängt von einer Reibung zwischen Schulterblatt und Rippenkasten ab; dieses sogen. subscapuläre Reiben kommt nun unter folgenden Bedingungen zu Stande:

1) Exostosenbildung auf einem der sich gegenüberstehenden Knochen mit nachfolgender Usur der Muskelschicht, welche den prominirenden Theil bedeckte.

2) Atrophie besonders bei Phthisikern der subscapularen Muskulatur.

3) Ankylose des Schultergelenks, welche eine grosse Beweglichkeit und Excursionsfähigkeit der Scapula nach sich zieht.

Wegen dieser Reibungen kommt es nun hier, wie an anderen Körpertheilen, manchmal zur Bildung eines accidentellen Schleimbeutels. Dieser Schleimbeutel kann erkranken und der Sitz eines Hygroma mit Ansammlung stark fadenziehender Flüssigkeit, sowie mit Bildung reisförmiger Körper werden.

Dieser abnorme Schleimbeutel befindet sich gewöhnlich nicht weit vom unteren Winkel des Schulterblattes.

Mehrere Krankengeschichten dienen zur Illustration des Aufsatzes.

Girard (Strassburg i/E.).

Ch. Steele. Radical-Heilung von Brüchen.

(British med. Journ. 1874. Nov. 7. p. 584.)

Verf. hat sich folgenden Verfahrens bedient: Unter Carbol-Spray wird nach gemachtem Hautschnitt der Leistenkanal seiner Länge nach gespalten und nach Anfrischung seiner Wandflächen werden dieselben mit Reservirung eines für den Samenstrang ausreichenden Raumes durch Catgutsuturen aneinander genäht, ebenso wird die Hautwunde durch Catgut vereinigt. Bei einem 8jährigen Knaben hatte diese Operation anfangs vollen Erfolg, aber nach einem halben

Jahre bei einer plötzlichen starken Bewegung stellte sich eine eingeklemmte Hernie her; S. machte nach der Reposition noch einmal diese Operation und findet jetzt die Bruchpforte vollständig geschlossen (leider ist heute erst ein Jahr verstrichen Ref.). In einer Schlussbemerkung giebt er an, dass er nachträglich in **Gross**, System der Chirurgie, gefunden, dass derselbe 1858 und 1861 in je einem Fall durch dasselbe Verfahren gute Resultate erzielt habe; **Gross** nähte mit Silberdraht.

Pils (Stettin).

Guillaumet. Ruptur der Art. glutea, diffuses Aneurysma. Punction; Tod durch Nachblutung.

(Bulletin de la société anatom. de Paris 1874. p. 212.)

Ein 25jähriger umherreisender Kaufmann, welcher seit einem vor 4 Jahren überstandenen Gelenkrheumatismus viel an Herzklopfen gelitten hatte, zeigte deutlich einen Klappenfehler an der Aorta und an der Bicuspidalis mit bedeutender Hypertrophie des Herzens. 1873 im April war er von einer Höhe von 2 Meter auf den scharfen Rand eines Möbelstücks mit dem Gesässe (rechts) gefallen; der anfänglich sehr heftige Schmerz verlor sich nach 2 Tagen. Mitte December nach einem längeren Gange hochgradige Müdigkeit, Schwere in den Gliedern und Unvermögen zum Sitzen, Schmerzen in dem rechten Gesässe, ohne dass in loco etwas Abnormes zu sehen war; 15 Tage später bestand hier eine bedeutende Geschwulst, aus welcher nach Punction eine grössere Menge seröser Flüssigkeit sich ergoss, bald aber eine heftige Nachblutung erfolgte. Am 14. Febr. 1874, bei Aufnahme im Spitale, zeigte die die ganze rechte Seite des Gesässes bedeckende Geschwulst starke Pulsation, Blasegeräusch; die Hautdecke über ihr war verdünnt, glänzend, mit erweiterten Venennetzen durchzogen. Das am 25. durch capilläre Punction entleerte Blut sicherte erst die Diagnose auf ein Aneurysma; die beschlossene Injection von Liq. ferri sesquichlor. wurde durch starke, in den nächsten 2 Tagen erfolgende Hämorrhagieen hingehalten; am 28. neue heftige Blutung und Tod.

Section: Hochgradige Blutleere aller Theile; Herzbeutel mit dem Herzen vollständig verwachsen. Hypertrophie des linken und Dilatation des rechten Ventrikels; Valv. mitral. an den Rändern verdickt, mit Vegetationen besetzt, Valv. semil. Aortae insufficient, Atherose an den Einmündungsstellen der Kranzarterien in die Aort. ascend. und im Arcus. Die obersten Schichten der Glutaealmuskeln sind normal, die nächstfolgenden mit Blut durchtränkt, die tieferen morsch, die der Aneurysmahöhle zunächst gelegenen schwarz, mürbe, in Verjauchung begriffen. Die Höhle selbst wird begrenzt nach innen von der cariösen Aussenfläche des Darmbeins, nach aussen von der Glutaealmuskulatur, in der Tiefe geht sie zwischen der oberen Kante des grossen Hüftausschnittes und Musc. pyramidalis nach innen; an dieser Stelle sieht man die abgerundeten Ränder der vollständig quer durch-

rissenen Art. glutaea. (Wenn G. angiebt, dass nach **Nélaton** nur 18 retropelväre Aneurysmen bekannt sind, so möchte ich auf die Arbeit G. **Fischer's** verweisen, der 1869 schon 35 solche Aneurysmen zusammenstellen konnte, von denen 25 die Glutea betrafen. Ref.)

Pils (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

W. Bylicki (Krakau). Ein Fall von intermittirender Gelenkwassersucht.
(Przegląd lekarski 1874. No. 19, polnisch.)

Der 31jähr. sonst vollkommen gesunde Pat. zog sich im Sommer des Jahres 1871 infolge eines Traumas (Anschlagen an einen Koffer) eine acute seröse Kniegelenkentzündung zu, die nach paarmonatlicher Dauer bei entsprechender Therapie (Gypsverband und Bestreichen mit Jodtinctur) beseitigt wurde. — Seit dieser Zeit treten alle 14 Tage Symptome einer exquisiten Gelenkwassersucht auf, die gewöhnlich 5—6 Tage dauern, dann gänzlich verschwinden, um nach 14 Tagen von Neuem aufzutreten. Dies geschieht so pünktlich, dass der Pat. im Voraus den Tag bestimmen kann, an welchem die Krankheit erscheinen werde. Mineralbäder (Pystjan, Kreuznach) und Elektrotherapie blieben nutzlos. Nach einjähriger Dauer ist der 2wöchentliche Typus verschwunden und hat sich nun wieder ein hydrops genu chron. eingestellt.

Obaliński (Krakau).

A. Obaliński. Ueber die **Esmarch**'sche Blutleere.
(Przegląd lekarski 1874. No. 29, polnisch.)

Dieses Verfahren wurde in 4 Fällen angewandt, nämlich bei 3 Unterschenkelamputationen und einer Operation nach **Pirogoff**. In allen war der Effect ausgezeichnet und verloren die genannten Patienten kaum je eine halbe Unze Blut. Nur in einem Falle wurde eine starke parenchymatöse Nachblutung beobachtet, und zwar bei einer 66jähr. decrepiden Frau, deren Arterien in hohem Grade atheromatös waren. Es scheint somit krankhafte Beschaffenheit der Arterienwände und nicht das Verfahren die Schuld an der Blutung getragen zu haben.

Obaliński (Krakau).

A. Pietrzycki. Amputation der Milz; Heilung.
(Przegląd lekarski 1874. No. 9, polnisch.)

Als Gerichtsarzt fand P. bei einer 23jähr. Bäuerin einen 3 Zoll breiten und 4 Zoll langen fleischigen Körper, der das volle Aussehen der Milz darbot und durch eine im linken Hypochondrium befindliche $^{7}/_{4}$ Zoll lange Wunde heraustrat; der allgemeine Zustand war zufriedenstellend. Da die Repositionsversuche sich fruchtlos erwiesen, so umgab P. den Stiel mit einem starken Ligaturfaden, worauf noch nach Amputation der Milz zwei kleine Gefässe unterbunden werden mussten. Die Wunde wurde zugenäht. Keine Peritonealsymptome. Heilung in 15 Tagen.

Obaliński (Krakau).

L. Wiszniewski (Krakau). Ueber subcutane Carbolsäureinjectionen.
(Przegląd lekarski 1874. No. 30, polnisch.)

W. berichtet über 14 Fälle von parenchymatösen Carbolsäureinjectionen, die bei Erysipelas und phlegmonösen Entzündungen angewandt wurden; dieselben erwiesen sich als wirksam im Anfangsstadium einer Phlegmone, dagegen gänzlich unwirksam gegen Erysipelas.

Obaliński (Krakau).

J. Hess. Luxation des rechten Hodens unter die Haut des rechten Oberschenkels.
(Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte 1874. No. 21.)

Ein Artillerist wurde von einer Kanone überfahren. Als H. den Verletzten 2 Tage nach dem Unfall untersuchte, fand er Contusionen des linken Oberschen-

kels und des Hodensackes. Die rechte Hälfte des letzteren war inhaltlos; hingegen befand sich an der Innenfläche des rechten Oberschenkels, in der Höhe des unteren Randes des Scrotums, eine mandelgrosse, nach oben leicht verschiebbare, schmerzhafte Geschwulst, offenbar der dislocirte Hoden.

Am 4. Tage nach der Verletzung gelang die Reposition ohne Schwierigkeit.

Girard (Strassburg i/E.).

Ferd. Massie. Cryptorchidie.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 43.)

M. beobachtete bei einem 20jähr. Maler beiderseitigen Cryptorchismus. Nirgends fühlte man weder Hoden, noch Samenstrang. Im Anschluss an eine Gonorrhoe trat rechtsseitig in der Gegend der inneren Oeffnung des Leistenkanals ein harter, schmerzhafter Tumor zu Tage, der sich als der entzündete Hoden erwies. Links keine Orchitis. Nach Ablauf der Orchitis dextr. untersuchte M. das Sperma des betreffenden Pat. Dasselbe hatte den charakteristischen Geruch, bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich aber vollständiges Fehlen der Spermatozoën, nur Epithelzellen, Schleimzellen und weisse Blutkörperchen waren in der Samenflüssigkeit sichtbar. Leider was das Sperma nicht vor der rechtsseitigen Orchitis untersucht worden, aber da der linke Hoden keine Veränderung erlitten, so hält es M. für wahrscheinlich, dass bereits vor Beginn der rechtsseitigen Orchitis das Sperma ohne Spermatozoën war (?).

Tillmanns (Leipzig).

Loewer. Zur conservirenden Behandlung traumatischer Fussgelenkverletzungen.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1874. No. 7 u. 8.)

Im Verlaufe einer durch directe Gewalt (Auffallen eines eisernen Geländers) entstandenen bedeutenden Luxation des linken Fusses nach aussen mit Fractur des Talus, wurde nach erfolgter Reposition, infolge brandigen Zerfalls der gequetschten Weichtheile und Nekrose des Knochens, die Extraction des Talus mit Zurücklassung des Periosts vorgenommen. Unter antiseptischer Behandlung erfolgte vollkommene Regeneration des Talus und nach 3 Monate lang fortgesetzten activen Bewegungen die Herstellung eines so ausgiebig beweglichen Tibio-Tarsalgelenks, dass Pat. mit voller Sicherheit ohne Stütze zu gehen vermochte. Dies Resultat nahm in den folgenden 2 Jahren noch soweit zu, dass grosse Fusstouren von mehreren Stunden Weges ohne alle Beschwerde zurückgelegt werden konnten.

Arn. Hiller (Berlin).

Duplay. Bec de lièvre compliqué.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 7.)

Verf. operirte mit ausgezeichnetem Erfolge eine linksseitige, mit Wolfsrachen combinirte Hasenscharte. Von dem beträchtlich vorspringenden Zwischenkiefer wurde unter Erhaltung der Weichtheile ein Knochenstück losgemeisselt, nach links in die angefrischte Gaumenspalte geschoben und durch 2 Knochensuturen befestigt. Die Hasenscharte wurde in der gewöhnlichen Weise operirt. Am 20. Tage Entfernung der Knochennähte; die Fixation des nach links dislocirten Knochenstücks war fast vollständig und stellte sich im Laufe der Zeit vollkommen her. 5 Tage nach der Operation kam der mittlere Schneidezahn zum Vorschein, 10 Tage später ein zweiter.

Tillmanns (Leipzig).

Delore. De l'uréthroplastie par la suture à étages.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 25 u. 26.)

Von der breit angefrischten Urethralfistel aus bildet D. 2 möglichst grosse seitliche Hautlappen und fixirt die Wundflächen derselben in senkrechter Stellung durch 3 über einander liegende Metallsuturen.

Verf. theilt 4 Fälle mit, bei welchen sich die Urethroplastik vermittelst dieser »Suture à étages« vollständig bewährte und vollkommene Heilung herbeiführte.

Nach der Operation applicirt D. stets einen Catheter à demeure, an dessen vorderem Ende ein kleines Gewicht angebracht ist, um die Erhebung desselben zu verhindern. **Tillmanns** (Leipzig).

M. Aparicio. Angioma de la lengua. Exstirpation. Heilung.

(El Anfiteatro anatomico Español 1874. No. 34. p. 123.)

Bei einem 10jährigen kräftigen Mädchen bemerkte schon vor 6 Jahren die Mutter an der Zunge ein pfefferkorngrosses Knötchen, welches sich beim Essen oder Weinen veilchenblau färbte. Seit einem Jahr war der erectile Tumor rasch gewachsen. Er sass im mittleren Drittel der Zunge, war unregelmässig geformt, 17 Mm. lang, 14 Mm. breit und 10 Mm. dick, hellroth gefärbt und zeigte an seiner Oberfläche hypertrophische Papillen. Bei Compression, die schmerzlos war, schwoll die Geschwulst oder collabirte, je nachdem man den Druck anbrachte. Die Sprache war etwas behindert und klagte Pat. über Speichelmangel beim Essen trockner Speisen. A. entschloss sich zum écrasement lineaire nach Maisonneuve. Die Pedunculisirung der Geschwulst in 2 Hälften misslang, daher wurde die Geschwulst in toto ecrasirt, ohne nennenswerthe Blutung. Zur Sicherheit musste Pat. einen in Liq. ferri sesquichl. getauchten Wattebausch zwischen Amputationsstumpf und Gaumen angedrückt erhalten. Nach 2 Tagen Entfernung des stinkenden Bausches und Ausspülungen mit alkoholhaltigem Wasser. Bis zum 6. Tage nach der Operation wurde kräftige aber nur flüssige Kost gereicht, dann ging das Kauen leicht von statten. Nach 14 Tagen war die Heilung vollendet (cf. Gray, the Lancet 1874. Vol. II. No. 8. p. 269, ref. im Centralbl. f. Chir. 1874. No. 32. p. 509). **Ullersperger** (München).

Caldevilla (Sevilla). Un caso notable de Aneurisma.

(El Anfiteatro anatomico Español 1874. No. 42. p. 219.)

Bei einem Pat. mit Aneurysma des truncus brachio-cephalicus der A. subclavia wandte Federico Rubio, in Spanien als glücklicher Ovariotomist bekannt, und zwar im Hospital Nacional zu Madrid (Princesa) zum ersten Male die von Amerika aus empfohlene Methode an, in den Tumor Pferdehaare einzuführen, an welchen, wenn sie sich zu einem Knäuel innerhalb des aneurysmatischen Sackes verwirren, rasche Fibringerinnung mit nachträglicher Consolidirung der Geschwulst erfolgen soll (cf. Longstreth, Philadelphia med. Times 1874. No. 126, Centralbl. f. Chir. 1874. No. 36). Die Geschwulst, 10 Cm. lang und 4 Cm. breit, füllte die ganze Supraclaviculargrube aus, bis zum 1. Intercostalraum reichend. Nur hier war die Haut etwas verdünnt, sonst über dem Tumor normal und frei verschiebbar. Die Pulsation konnte schon durch das Gesicht deutlich constatirt werden. Rubio senkte eine krumme Hohlnadel bei sitzender Stellung des Kranken in den oberen Theil des Tumors, wo die Haut normal war, und führte hierauf sofort die Pferdehaare in einer Gesammtlänge von 2—3 Metern ein. — Keine schlimmen Zufälle während oder nach der Operation. — Prof. Corteza versprach über den weiteren Verlauf in el Siglo medico zu berichten, was gewiss der bisherigen Mittheilung erst einen wirklich wissenschaftlichen Werth verleihen wird.

Ullersperger (München).

H. Fremmert (St. Petersburg). Ein mehrfacher Fremdkörper im linken Bronchus.

(St. Petersb. med. Zeitschrift 1873/4. Bd. IV. Hft. 3—4. p. 260.)

Die Fremdkörper in dem mitgetheilten Falle bestanden aus mehreren Stücken eines Ferkelknochens, welche während des Genusses von Ferkelbraten in die Luftwege eingedrungen waren. Nachdem bereits linksseitige circumscripte Pneumonie und Lungengangrän eingetreten war, wurde ein Knochenstück nach 8 Tagen und 2 weitere nach 3 Monaten spontan durch Hustenparoxysmen ausgestossen. Das grösste Knochenstück war 16 Mm. lang, 12 Mm. breit und 3 Mm. dick. Sofort vollständige Heilung. **P. Bruns** (Tübingen).

Weisbach. Fall von Harnblasenzerreissung infolge von verunglücktem Längssprung über den Sprungkasten.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1874. Hft. 10.)

Die durch diffuse Peritonitis tödtlich endende Verletzung betraf einen Unterofficier, welcher nach reichlichem Biergenuss beim Turnen ausglitt und mit gefüllter Blase gegen die Ecke des Sprungkastens fiel. Der Riss war hier, gegen Benno Schmidt, in der Schleimhaut grösser als im Peritonealüberzuge und maass an der stark contrahirten Blase ca. 8 Cm. Auffallend war, was auch Stromeyer und Pirogoff für diese Verletzung hervorheben, dass die Symptome der Peritonitis während des Lebens gar nicht so sehr flagrant waren, jedenfalls zu der Grösse der bei der Section gefundenen Veränderungen in keinem Verhältniss standen.

Arn. Hiller (Berlin).

Lanz. Anus praeternaturalis.

(Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte 1874. No. 21.)

L. bekam einen Patienten zu sehen, welcher nach einer Verletzung einen widernatürlichen After in der Gegend des Colon descendens seit 10 Jahren trug. Sämmtliche Abgänge gingen durch die Bauchöffnung; aus dem After kam nur alle 14 Tage ein wenig Schleim.

Die Application der Dupuytren'schen Darmscheere hatte einen vollständigen Erfolg. Die Faeces nahmen wieder den natürlichen Weg, und kamen, trotzdem das Rectum so lange Zeit fast ausser Function stand, in auffallenden Dimensionen heraus. **Girard** (Strassburg i/E.).

Rose. Anlegung eines künstlichen Mundes.

(Sitzungsberichte des Vereins jüngerer Aerzte in Zürich. Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte 1874. 1. Septbr.)

R. berichtet über einen Fall von carcinomatöser Oesophagusstrictur, welche für Speisen und Getränke undurchgängig geworden war. Er versuchte die Anlegung einer Magenfistel; die Operation verlief sehr gut, der Patient starb jedoch nach 12 Stunden an Erschöpfung. **Girard** (Strassburg i/E.).

Polaillon. Rétention d'urine produite chez un foetus par une valvule.

(Gaz. des hôpitaux 1874. No. 40.)

P. beobachtete bei einem einige Stunden nach der Geburt gestorbenen Kinde hochgradige Urinretention infolge einer congenitalen Schleimhautklappe am Ende der pars membranacea urethrae. Nur am oberen Theil der Falte befand sich eine sehr enge Oeffnung, sonst war der Verschluss vollständig. Durch die Urinretention waren Blase, Urachus und Ureteren beträchtlich erweitert. Die Nieren waren atrophisch und mit zahlreichen Cysten versehen. Der Umfang des Bauches war um ein Beträchtliches vermehrt. P. glaubt, dass die congenitale Urethralfalte anfangs impermeabel gewesen, erst später sei unter dem Einflusse des anströmenden Urins eine Ruptur entstanden, von welcher die kleine Oeffnung übrig blieb.

Tillmanns (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Halle a. S. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Erster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 6 Thlr. 20 Ngr. = 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. Sonnabend, den 26. December. 1874.

F. Riedinger. Studien über Grund und Einkeilung der Schenkelhalsbrüche.

(Würzburg, J. Staudinger's Verlag. 1874. 72 S.; mit 11 lithogr. Tafeln.)

Im ersten Abschnitt werden die bekannten anatomischen Verhältnisse des oberen Femurendes, besonders die innere Architectonik der subst. compacta und spongiosa, besprochen. Der folgende Abschnitt ist verschiedenen, bisher bekannt gewordenen Anschauungen über die Eintheilung, Art und Bedingungen der Fractur und Einkeilung des Schenkelhalses gewidmet, wobei Verf. unter Anderem die sich entgegenstehenden Ansichten Adam's und Streubel's anführt, auch die Meinung Heppner's erwähnt, dass eine besondere Vertheilung von Spongiosa grösserer und geringerer Dichtigkeit von Einfluss auf die Einkeilung sei. Des letzteren Ansicht über das Zu-

standekommen der Fracturen durch Gegenschlag von innen, resp. von oben wird indessen hier und auch später unberücksichtigt gelassen.

Weiterhin beschreibt Verf. 18 Fälle von Schenkelhalsfractur, welche der Würzburger pathologisch-anatomischen Sammlung entnommen sind. Von diesen werden eine Reihe von Abbildungen in natürlicher Grösse theils in toto, theils im Frontalschnitt gegeben, welche recht übersichtlich sind; mehrfach vorkommende Irrthümer oder vielmehr Druckfehler in Bezug auf die Bezeichnung der Figuren sind nicht weiter von Bedeutung, da der Leser sich die Fehler selbst corrigiren kann. 15 Präparate betreffen Fracturen der Halsbasis, d. h. der Gegend, wo sich der Hals an die Trochanterpartie ansetzt; die 3 übrigen zeigen einen Bruch des Halses dicht am Kopfe, theils mit Einkeilung desselben, theils mit Verschiebung. Das Alter der Individuen, von denen die Präparate stammen, ist nicht angegeben. Das Genauere über diese zum Theil recht hübschen Präparate wolle man im Original nachsehen. — Weiterhin führt nun Verf. eine Anzahl von Leichenexperimenten an. In der ersten Reihe wurde so verfahren, dass der Leichnam, gehörig unterstützt, auf eine Seite gelegt wurde, während auf den Trochanter der frei nach oben liegenden Seite bei »etwas nach vorwärts abgezogenem und zugleich niedergedrücktem Oberschenkel« mit einem Holzschlägel ein Schlag, und zwar schräg in der Richtung der Schenkelhalsaxe, geführt wurde. Der Trochanter war vorher mit einem Leintuch bedeckt. Bei Leichen alter Personen bekam Verf. auf diese Weise meist gute Resultate, d. h. recht typische Brüche an der Trochanterpartie mit Einkeilung; bei jüngeren Leichen trotz sehr kräftiger Schläge trat oft keine Fractur ein, oder mit zu starker Zertrümmerung. Dass Heppner bei ähnlicher Anordnung des Experimentes nur regellose Zerschmetterung der Trochanterpartie erzielte, ist nicht berücksichtigt, eben so wenig, dass schon Heppner in seiner zweiten Versuchsreihe ebenso verfuhr, wie Verf., d. h. den Schenkel exarticulirte, auf die Trochanterseite lagerte, den Schenkelkopf mit einem Stoff umwickelte und nun die Gewalt auf diesen einwirken liess. Hierbei erhielt Heppner gute Resultate, was ihn eben zur Annahme des Entstehens der Fractur und Einkeilung durch Gegenschlag von innen veranlasste. Auch Verf. erzielte auf diese Weise im Allgemeinen befriedigende Resultate. Die dritte Versuchsreihe, wo der Schlag auf das untere Ende des Femur einwirkte, blieb resultatlos.

Verf. fasst nun seine Beobachtungen und Erfahrungen zusammen und findet vor Allem, dass die innere und äussere Architectur der Schenkelhalsgegend in vortrefflichster Weise den Anforderungen, welche an solch' einen Stützapparat gestellt werden müssen, genüge. Weniger fähig ist natürlich der Knochen in der Richtung der Schenkelhalsaxe, einwirkenden Gewalten Widerstand entgegenzusetzen, da seine Architectur auf solche Eventualitäten nicht so gut eingerichtet ist; im Gegentheil wird sich der aus dichterer Knochensubstanz zu-

sammengesetzte, schmälere Hals leicht von der breiteren, mit weitmaschiger Spongiosa versehenen Trochanterpartie lösen, und in diese tief einbohren, wobei die compacte Substanz des Adam'schen Bogens eine bedeutende Rolle spielt. Interessant ist, dass die Corticalis meist höher oben bricht, als die Spongiosa, welche stärker prominirend einen Keil bildet, der wohl geeignet ist, seine Wirkung auf die schwächere Trochanterpartie auszuüben.

Bei den Bedingungen der Fractur spielt die Altersatrophie eine wichtige Rolle; weniger constitutionelle Krankheiten; das Vorkommen incompleter Fracturen bezweifelt Verf., dagegen sei die Einkeilung bald vollständig, bald, und zwar seltener, unvollständig. Es werden nun noch die meist gleichzeitigen Brüche der Trochanterpartie, die Richtung der einwirkenden Gewalt etc. besprochen, auch das seltene Einkeilen des unteren Halsfragmentes in den Kopf erwähnt, und schliesslich noch Versuche angeführt, wo es nach Absägung der Halsbasis und Schlag auf dieselbe nicht gelang, eine tiefere Einkeilung derselben in die Trochanterpartie zu erzielen. Die conische Form der Bruchfläche scheint also für die Einkeilung wichtig zu sein. Bruch und Einkeilung entstehen wohl meist gleichzeitig.

Wohl das Interessanteste, aber leider nur ganz kurz am Schlusse der Arbeit Besprochene, sind die sog. »Rissbrüche« am Schenkelhals, auf die Verf. von v. Linhart aufmerksam gemacht worden ist. Diese kommen offenbar dadurch zu Stande, dass z. B. bei einem Fall nach rückwärts das lig. Bertini stark angespannt wird, während sich gleichzeitig die Muskeln contrahiren und den Oberschenkel nach aussen zu rotiren und zu extendiren suchen, der Schenkelkopf aber in der Pfanne fixirt ist. Diesen beiden entgegengesetzt wirkenden Kräften hält der Knochen nicht Stand, sondern bricht etwas unter der Ansatzstelle des sehr starken Lig. Bertini ab, also in der Gegend der Lineae intertrochant. Die Verhältnisse liessen sich experimentell darthun, indem es gelang (bei Leichen alter Individuen) durch einfache starke Anspannung des Ligaments, durch Rotation nach aussen und Hyperextension eine Fractur an der Trochanterbasis zu erzeugen. Die vordere Bruchlinie ist dabei scharf, die hintere zackig. Hierbei neigt sich der Schenkelhals nach hinten, die hintere Bruchlinie ist eingekeilt, während die vordere Bruchwand über die Trochanterlinie prominiren kann; vielleicht sind alle Brüche, bei denen man diese Verhältnisse findet, während des Lebens durch Rissbruch entstanden, und wahrscheinlich betheiligt sich das lig. Bertini auch bei gewöhnlichen Fracturen öfter als man bisher geglaubt hat.

Verf. fasst seine Ansichten dahin zusammen, dass durch Einwirkung einer Gewalt in der Längsaxe des Femur meist Fracturen am oberen Theile des Halses, also sog. intracapsuläre entstehen, zweitens durch eine Wirkung auf den Trochanter in der Axe des Halses die Fractur an der Trochanterbasis, die sog. extracapsulären Brüche mit Einkeilung sich bilden, während die 3. Kategorie durch die obengenannten Rissfracturen dargestellt wird.

Endlich erwähnt Verf. das auffallende Ueberwiegen der Fracturen des linken Schenkelhalses gegenüber denen des rechten und erklärt es dadurch, dass man beim Sturz aus Ungeschicklichkeit meist auf die linke Seite fällt. Zu dem Schlusssatz: »Merkwürdiger Weise gehören diejenigen Fracturen, bei denen der vordere Bruchrand sich nicht eingekeilt hat, sondern über die Linea intertrochanterica hinausgerückt ist, rechten Oberschenkeln an«, möchte Ref. hinzufügen, dass man es vielleicht auf folgende Weise erklären kann: Stürzt Jemand nach links, oder nach hinten und links, so wird er gewiss instinctmässig versuchen, den verlorenen, oder besser verschobenen Schwerpunct dadurch zu unterstützen, dass er das rechte Bein schnell und mit Gewalt unter denselben zu bringen sucht; er wird also das Bein nach aussen rotiren und das stark gebeugte Knie nach hinten zu schleudern suchen, dadurch also eine Hyperextension anstreben. Damit wären also alle Bedingungen eines rechtsseitigen Rissbruches mit seinen eben erwähnten Eigenthümlichkeiten gegeben und er kann nun in der That eintreten, während auf der linken Seite trotz des Falles auf den Trochanter kein Bruch stattzufinden braucht, vielleicht nur eine einfache Contusion. Wenn das richtig ist, so müsste es andererseits auch vorkommen können, dass beide Schenkelhälse gleichzeitig brechen, der eine durch directen Fall auf den Trochanter, der andere als Rissfractur am anderen Bein, welches bestrebt ist, durch forcirte Bewegung den Sturz zu verhindern. Dass etwas Derartiges aber wirklich beobachtet worden ist, ist Ref. nicht bekannt.

A. Bidder (Mannheim).

E. Ziegler. Experimentelle Erzeugung von Riesenzellen aus farblosen Blutkörperchen.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 51. p. 801—804.)

Verf. hat in origineller Weise die Thätigkeit und Metamorphosen der weissen Blutkörperchen studirt, indem er zwei Glasplättchen (ein dickeres und ein Deckgläschen) auf einander passte und an den Ecken mit Porzellankitt zusammenklebte, wodurch ein leerer capillarer, von den Seiten zugänglicher Raum hergestellt war, in welchen farblose Blutkörperchen und lymphatische Flüssigkeit eindringen konnten, nachdem die Glasplättchen unter die Haut, des Periost oder in eine der Körperhöhlen gebracht worden waren.

Die Plättchen (10—20 Mm. lang, 10 Mm. breit) blieben 10—25 Tage an der Operationsstelle liegen (am besten an der Innenseite des Oberschenkels nicht zu alter Hunde), wurden dann herausgenommen, leicht abgespült, in Ueberosmiumsäure (0,1%) 2 Tage gelegt und kamen dann in Spiritusglycerin und endlich in reines Glycerin.

Neben regressiven Veränderungen fanden sich folgende progressive:

1) »Bildung eines reticulirten Gewebes mit eingelagerten epithelioiden Zellen und reichlicher Riesenzellenentwicklung«. Es lässt sich beobachten, wie die Riesenzellen aus den weissen Blutkörperchen durch Vermehrung des Protoplasmas und der Kerne entstehen. Das Ganze sieht genau so aus, wie der sog. reticulirte Tuberkel; auch fanden sich, wo Riesenzellen waren, keine Blutgefässe im Präparate. Die Riesenzellen sind als unvollkommene Zellenneubildungen zu betrachten.

2) »Entwicklung von Bindegewebe und Gefässen«. Die paracelluläre Entstehung der Intercellularsubstanz des reticulirten Gewebes ist anzunehmen.

Die Gefässe bilden sich durch Aneinanderlagerung und Veränderung der weissen Blutkörperchen, welche breiter werden und allmälig einen endothelartigen Charakter annehmen. Auch »Sprossenbildung durch appositionellen Anschluss benachbarter Lymphkörperchen« scheint stattzufinden.

Die nähere Begründung dieser in 4 Thesen zusammengestellten Ansichten wird demnächst in einer grösseren Arbeit erfolgen.

A. Bidder (Mannheim).

Arn. Hiller. Der Antheil der Bacterien am Fäulnissprocess, insbesondere der Harnfäulniss.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1874. No. 53. p. 833—837; No. 54. p. 849—851.)

Verf. theilt eine Reihe von Versuchen mit, um zu beweisen, dass Bacterien die Fäulniss des Harns nicht bewirken, dass eine solche erst eintritt, wenn organische Stoffe hinzugesetzt werden, »welche sich selbst bereits im Zustande der Umsetzung (Bewegung) befinden (v. Liebig), Käse, faulendes Hühnereiweiss, Harn, Harnsedimente«. Dasselbe gelte zum Theil auch für andere Zersetzungsvorgänge. Halbbebrütete Hühnereier faulen leicht; es lassen sich aber in denselben Bacterien mit Sicherheit niemals nachweisen, eben so wenig wie in anderen faulen Eiern. Bei Eiern, die in feuchtem Stroh liegen, kann man wohl das Einwuchern eines Fadenpilzes durch die Poren der Schale durch »Wachsthumsdruck« beobachten, doch sei das ein für die Bacterien undenkbarer Vorgang. — Ferner veranlassen Injectionsversuche mit »Isolationsflüssigkeit« unter die Schale den Verf. zur Annahme, »dass Bacterien für sich auch im Hühnereiweiss die faulige Zersetzung nicht zu bewirken vermögen«.

Nach weiterer Anführung interessanter Argumente fährt Verf. dann fort: »Wir können mithin sagen, es giebt noch eine ganze Reihe anderer unzweifelhaft fauliger Veränderungen organischer Stoffe, welche ohne Organismen erfolgen, gerade so, wie es auch Gährungen giebt, welche ohne Hefezellen vor sich gehen (Buttersäuregährung, Zuckergährung der Stärke u. A.)«. Endlich werden noch physiologische Momente herangezogen, indem Verf. darauf hinweist, dass der »nutritive Stoffwechsel der Bacterien ein synthetischer«, während

der Stoffwechsel der Fäulniss »ein reducirender, spaltender« sei. Es erscheint daher »undenkbar, dass beide Vorgänge in einer einzigen lebensfähigen Zelle sollten vereinigt sein!« — Zum Schluss macht Verf. darauf aufmerksam, wie unberechtigt vielfach die Schlüsse sind, die man aus den Versuchen Pasteur's und Anderer gezogen, und dass die neuerdings gewonnenen Thatsachen sehr dazu auffordern, das Studium »des Fäulnissfermentes wieder von Neuem in Angriff zu nehmen«. **A. Bidder** (Mannheim).

C. G. Riemschneider. Ueber den Einfluss der putriden Intoxication auf den Blutdruck.

Inaug.-Diss. Dorpat. 1874. (Mit 1 lithograph. Tafel.)

Es wurden 35 Versuche an 30 Hunden gemacht, um die Verhältnisse des Blutdrucks bei putrider Intoxication zu prüfen; diese wurde meistentheils durch Injection faulen Blutes (32 Ccm.) entweder in die Cruralis oder in die Vena jugularis externa bewirkt, während die Blutdruckmessungen in der Carotis und Arteria cruralis stattfanden. Die Versuche machte Verf. unter den verschiedensten Modificationen bei nicht curarisirten Thieren und bei curarisirten; dabei konnte stets ein beträchtliches Fallen des Blutdrucks constatirt werden, während die Pulsfrequenz steigt, die Höhe der Pulswellen abnimmt, und die Respirationsfrequenz zunimmt. Controllversuche mit Aq. destill., Chlornatrium, Buttersäure, kohlensaurem Ammoniak und Fett ergaben negative Resultate, resp. ein geringes Steigen des Druckes. Schwefelwasserstoff, Chloralhydrat, Opium, Atropin setzen den Blutdruck herab, doch wird durch faules Blut noch ein weiteres Sinken herbeigeführt. Wird ferner das Halsmark durchschnitten, so tritt ein bedeutendes Absinken des Blutdrucks ein, was aber durch nachträgliches Einspritzen von faulem Blut sehr gesteigert wird. Endlich wurden noch einige Versuche mit Vagusdurchschneidung gemacht, welche zeigten, dass darnach der Blutdruck durch faulendes Blut »noch um 39 Mm. fällt«. Eine zusammenfassende Tabelle am Schluss ergiebt, »dass durch Einspritzung von faulendem Blut durchschnittlich der Blutdruck in 7 Min. um 49 Mm. fällt, die Pulsfrequenz in 8 Min. um 19 steigt, die mittlere Wellenhöhe in 11 Min. um 7 Mm. abnimmt und die Respirationsfrequenz in 5 Min. um 2 zunimmt«. In Bezug auf die Art der Wirkung meint Verf., es scheine »die Erniedrigung des Blutdrucks auf Lähmung und passiver Erweiterung des Herzmuskels selbst oder der Gefässwandungen oder beider zu beruhen. Die Steigerung der Pulsfrequenz dagegen und die Verminderung der Wellenhöhe scheint zum Theil wenigstens aus einer Lähmung des Vagus hervorzugehen. Die beschleunigte Respiration ist wohl auf den im Allgemeinen vermehrten Stoffwechsel zurückzuführen«. Das Nähere im Original. **A. Bidder** (Mannheim).

P. Heinecke. Eine Studie über den Einfluss des Kochsalzes auf die Blutcirculation beim Frosch.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

Eine unter Hüter's Leitung geschriebene, als eine Ergänzung zu dessen Arbeit über globulöse Stase in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. IV. Hft. 2—4. (Centralbl. f. Chir. 1874, p. 484) anzusehende Studie.

Zunächst liess H. 10, 5, 1% Kochsalzlösungen auf einen Tropfen Froschblut unter dem Mikroskop einwirken und beobachtete eine nach dem Concentrationsgrade mehr oder weniger ausgesprochene radiäre Streifung, dann ein Verschwinden der Randzone der Blutkörperchen bis auf einige kleine, den deutlich hervortretenden Kern umgebende Fragmente.

Sodann wird der ganze Frosch in ein 10% Salzbad gesetzt, nach anfänglich beschleunigter Respiration tritt eine grauliche, durch Epithelverluste bedingte Verfärbung der Bauchhaut ein; weiterhin mit immer flacher und langsamer werdender Respiration eine zunehmende Röthung der Extremitäten und der Bauchhaut; zuletzt, nach 15—20 Minuten, wird das Thier bewegungslos. In abnehmender Stärke dauert die Erscheinung nach dem Bade noch bis 15 Minuten. Ausser an den gerötheten Stellen findet sich die Hüter'sche globulöse Stase noch an der Zunge deutlich ausgesprochen; auf globulöser Embolie des Gehirns soll die Bewegungslosigkeit beruhen. Die den gerötheten Stellen entnommenen Blutproben zeigen die schuldigen Veränderungen der Blutzellen.

Von den Versuchen mit 5% Lösungen sind diejenigen hervorzuheben, wo ausser den erwähnten Erscheinungen nach wiederholten Bädern unter zunehmendem Hydrops der Tod eintrat. H. schreibt den Hydrops der Kraft des Herzens bei so viel verstopften Gefässen zu. Die Botkin'schen Befunde am Mesenterium nach directer Application der Lösungen sind auch nach den Salzbädern stets zu constatiren.

Bei 3%, bis zum Tode fortgesetztem Bade wurde kein Hydrops, wohl aber die bekannte Kataraktbildung beobachtet. Schwächer sind die Wirkungen der 2% und 1% Lösungen. **Ranke** (Halle).

Choraszewski. Ueber den Einfluss des Aderlasses auf die Körpertemperatur.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

Bericht über eine Reihe von 17 unter Landois angestellten Experimenten an Hunden, Kaninchen und einer Katze, denen durchschnittlich der 4. Theil der Gesammtblutmenge aus der Vena jugularis externa entzogen wurde. Verf. kommt annähernd zu gleichen Resultaten, wie vor ihm Walterson, Spielmann und Frese, nämlich, dass in den ersten Stunden nach dem Aderlass die Körper-

temperatur (in ano) um durchschnittlich 1°C sinkt, während der nächsten 2—3 Tage jedoch continuirlich ansteigt bis zu durchschnittlich 1°C über die Temperatur vor dem Aderlass. — Literatur s. Original.

Rupprecht (Halle).

F. de Ranse. Nouveaux cas d'anesthésie par injection intraveineuse de chloral.

(Gaz. méd. 1874. No. 46.)

Nach Erwähnung der neuerdings wiederum von Oré, Deneffe und van Wetter gemachten intravenösen Chloralinjectionen (cf. Centralbl. f. Chir. No. 34) kommt R. zur Aufstellung folgender Regeln für dieses bis jetzt in 15 Fällen stets mit Erfolg angewandte Verfahren. Zur Injection ist eine möglichst concentrirte Lösung anzuwenden, da durch dünne Solutionen die Gefässspannung erhöht wird. Zum Ort der Injection wähle man eine grosse Vene der oberen Extremität. Man mache den Einstich direct in die Vene ohne vorherige Entblössung und Isolirung der letzteren. Nach Zurückziehung der Kanüle wende man keinen comprimirenden Verband an, sondern nur eine leichte Bedeckung, bei ruhiger Lagerung des Arms. Von der zu injicirenden Dosis des Chlorals, gewöhnlich 5—8 grm., injicire man pro Minute ca. 1 grm., so dass die ganze Injection im Durchschnitt die Dauer von 10 Minuten nicht überschreitet. Der Eintritt der Anästhesie wird durch eine vollständige Unempfindlichkeit der Pupille angezeigt. Nach Verlauf von weiteren 3—4 Minuten kann dann die Operation beginnen.

O. Volkmann (Halle).

Piana e Bassi. Delle aderenze epiteliali della vagina.

(Rivista clinica di Bologna 1874. No. 11.)

J. Saint-Hilaire machte die Thatsache bekannt, dass die Scheide des Maulwurfs bis 6 Monate nach der Geburt geschlossen sei. Ercolani zeigte, dass der Verschluss nicht bloss äusserlich am ostium seinen Sitz habe, sondern dass der Scheidencanal der ganzen Länge nach durch epitheliale Verwachsung geschlossen sei. P. u. B. stellen fest, dass solche epitheliale Verwachsungen der Scheide keineswegs bloss bei Maulwürfen, Mäusen und Katzen vorkommen, sondern dass bei sehr vielen Säugern der Scheidencanal zwar anfangs durchgängig sei, später aber ein Stadium der epithelialen Verwachsung durchmache. Die Atresie findet statt nach geschehener Verschmelzung der Müller'schen Gänge und tritt ein, sobald das Cylinderepithel (Müller'scher Gang) sich in geschichtetes Plattenepithel umwandelt. Bei verschiedenen Thierspecies ist die Ausdehnung der Verwachsung verschieden gross; beim Menschen kann sie die Scheide in ihrer ganzen Länge betreffen. Die epitheliale Verwachsung hindert nicht die weitere Production des Epithels, welches in das Gewebe der Vaginalwände eindringt, und dadurch theils Längs- theils Querfalten bildet.

Die Trennung der Verwachsung kommt beim Menschen durch fettige Degeneration der innersten Epithelzellen zu Stande. Beim Rinde, wo die Verwachsung nur die untere Hälfte der Scheide betrifft, sammelt sich in der oberen, nicht verwachsenen Scheidenhälfte eine eiweissreiche Flüssigkeit an, durch deren Zunahme die Verwachsung immer weiter getrennt wird.

Bei anderen Thieren sammelt sich in der oberen Scheidenhälfte statt Flüssigkeit Luft an, welche die Ausdehnung bewirkt. Die epith. Adhäsionen können sich auch im Extrauterinleben ganz oder theilweise dauernd erhalten. Die erwähnten Verwachsungen finden ihre Analoga in den epith. Verwachsungen der Augenlider, der Urethra, des Präputiums und der kleinen Schamlefzen. **Menzel** (Triest).

Albert (Innsbruck). Die Behandlung der Caries der Gelenke.

(Wiener med. Presse 1874. No. 41, 43, 44 und 45.)

Verf. reiht sich unter diejenigen Chirurgen, welche bei der Behandlung der Caries der Gelenke nur ausnahmsweise reseciren, vielmehr der Amputation das Wort reden, womöglich aber ein rein conservatives Verfahren einschlagen. Bei der Unsicherheit der Statistik dürfte eine grössere Untersuchung, die sich mit der Lebensdauer der an Caries Leidenden und mit dem Erfolge der verschiedenen Behandlungsmethoden beschäftigte, nicht so leicht zu Stande kommen. So wie die Sache jetzt liege, werde unsere Erfahrung durch eine sorgfältige Sichtung der Fälle am meisten bereichert. Daher sei die Veröffentlichung jedes einzelnen irgendwie lehrreichen Falles von Wichtigkeit.

Jene Behandlungsmethode sei die bessere, welche den Gesammtzustand des Patienten bessere. Da aber eine Statistik, wie lange cariöse Amputirte und cariöse Resecirte nachträglich lebten, noch nicht existire, so könne er seine Anschauung nur auf Umwegen motiviren. Die Resection, bei ihrer längeren Heilungsdauer, schwäche den Kranken mehr, als die Amputation. Die wegen Caries Amputirten sähen nach der Operation besser aus, als zuvor. Ferner sei die Resection in vielen Fällen unsicher, es müsse oft später nachamputirt werden.

Nach den einzelnen Gelenken seien specielle Indicationen zu stellen, so sei natürlich die Resection in der Hüfte milder als die Enucleation. Verf. huldigt für die einzelnen Gelenke folgenden Behandlungsmethoden: Im Sprung- und Handgelenke keine Resection, sondern Amputation. Auch die Pirogoff'sche und Syme'sche Operation unterlässt er bei Cariösen, wegen der langen, oft zweifelhaften Heilungsdauer. Bei Caries im Kniegelenke amputirt er im Oberschenkel mit 2 Fleischlappen; die Resection in diesem Gelenke sei sehr gefährlich, und, wenn nicht tödtlich verlaufend, doch wegen der langen Heilungsdauer nicht zu empfehlen.

Im Hüftgelenke resecirt er, wenn ein Abscess vorhanden und ein

nekrotisches Knochenstück zu fühlen ist. Im Ellbogengelenke resecirt Verf. nur, wenn keine Spitzendämpfung da ist, Patient kräftig ist und nie Hämoptoë hatte. Desgleichen im Schultergelenke.

Bei multipler Caries operirt er nur dann, wenn die erkrankten Gelenke mit einer Operation zu entfernen sind. Verf. sah von der Resection wenig ermunternde Resultate. Im Allgemeinen resecirt er nur dann, wenn das Individuum kräftig und nicht tuberculös ist. Bessere Erfolge sah er von der Amputation. Fr. Steiner (Wien).

O. Volkmann. Ueber Spontanfracturen der Röhrenknochen bei Caries und Nekrose.

Inaug.-Diss. Halle. 1874.

V. geht namentlich auf die Fracturen bei Nekrose ein, die von der Literatur sehr vernachlässigt, doch häufiger, als die allgemeine Annahme sei, zur Beobachtung kämen. Die Fractur kann zu jeder Zeit eintreten, am leichtesten zur Zeit der Demarcation; sodann begünstigt der Zufall selbstverständlich eine unvollständig gebliebene Todtenladenbildung. Der Sequester kann mit fracturiren. Die subjectiven Symptome sind gering, die Patienten ahnen oft nicht ihre Fractur; dagegen sind die objectiven Zeichen leicht zu constatiren. Die Prognose stellt sich nicht so schlimm, dass die vorgeschlagene sofortige Amputation zu rechtfertigen wäre; die Consolidation erfolgt meist mit reichlicher Callusbildung. Grössere Sequester sind nach Vollendung der letzteren, kleinere sofort zu entfernen.

In Betreff der anschliessenden Krankengeschichten dreier in der Volkmann'schen Klinik beobachteten Fälle, sowie der bisher aus der Literatur bekannten 20 Fälle muss auf das Original verwiesen werden. Ranke (Halle).

G. Berghman (Stockholm). Myositis und Massage.

(Hygiea, Verh. der Gesellschaft schwed. Aerzte 1874. p. 107.)

Der Verf. hat eine Menge von Fällen behandelt, die von Anderen als Rheumatismen, Neuralgieen u. s. w. betrachtet worden waren, aber doch sehr charakteristische Veränderungen in den Muskeln, wie Volumszunahme und Empfindlichkeit gegen Druck zeigten, welche die Functionsstörungen und die Schmerzen erklärlich machten. Ein einschlägiger Fall wird in extenso mitgetheilt. Es handelte sich um einen jungen Mann von $17\frac{1}{2}$ Jahren, welcher seit 6 Jahren an heftigen Schmerzen im Rücken und den Muskeln der hinteren Seite der Oberschenkel litt. Die Schmerzen traten anfallsweise auf und wiederholten sich beinahe alle Tage, aber auch in der Zwischenzeit konnte Pat. weder länger als eine halbe Stunde sitzen, noch die Oberschenkel frei bewegen. Die befallenen Muskeln waren deutlich verdickt und sehr empfindlich. Durch Massage und methodische Uebungen wurde Pat. in 45 Sitzungen vollständig geheilt und als solcher der Gesellschaft schwedischer Aerzte vorgestellt. Rossander (Stockholm).

Abelin (Stockholm). Fall von Spina bifida.

(Hygiea 1874. p. 185.)

Patient, 2 Monate alt, litt an einer ziemlich grossen spina bifida, gestielt und wie gewöhnlich der Sacralregion aufsitzend. 3 Punctionen ohne Reaction, aber auch ohne Resultat, wurden vorgenommen. Nach der 4. Injection von 2 grm. der Watt-Mertin'schen Jodlösung. Die Reaction war sehr heftig; Cyanose, Collaps, Paralyse der unteren Extremitäten durch kräftige Reizmittel nur langsam überwunden. Nach 2 Monaten neue Einspritzung von 1 grm. der Lösung. Diesmal schien die Operation ohne besondere Folgen abzulaufen, das Kind befand sich wohl, saugte bis zur Nacht, wurde aber des Morgens todt bei der Mutter im Bette gefunden. Obduction nicht gestattet. Involuntäre Erstickung also möglich. **Bessander** (Stockholm).

F. Schonlau. Behandlung der Gonorrhoe mit Irrigation und Bougie.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

Ein gewöhnlicher elastischer, oder besser ein metallener, nach Art der Drainröhren seitlich durchlöcherter Katheter (No. 7—8) wird bis in die pars prostatica eingeführt und mit Hülfe eines angefügten Irrigators oder zweckmässiger eines Watson'schen Clysopomps die Harnröhre von hinten her gründlich ausgespritzt (Kali hypermanganicum, Carbolsäure, Zink etc.). In Fällen von acutem Tripper thut man gut, dieser Irrigation von Zeit zu Zeit die »prophylactische« Einführung einer dicken (mit medicamentösen Salben bestrichenen) Bougie (No. 12) hinzuzufügen, »um sich gänzlich vor dem Auftreten von Stricturen zu sichern«. Bei chronischer Gonorrhoe haben die Injectionen aus der üblichen Tripperspritze deswegen keinen Sinn, weil die injicirte Flüssigkeit auch bei Abwesenheit von Stricturen weder in die hinteren Theile der Urethra, noch auch in den vorderen Partieen zwischen die Längsfalten der Schleimhaut gelangt. Verf. injicirte mit einer Tripperspritze Carmin oder concentrirte Lapislösung in die Harnröhre von Leichen und sah beim Aufschneiden hinten keine Färbung, vorn mit ungefärbten abwechselnde gefärbte Linien. Gründliche Reinigung und Desinfection aller Recessus der Schleimhaut bewirkt dagegen die Irrigation. Um die Wulstungen der Schleimhaut und die schlaff granulirenden Geschwürchen zur Heilung anzuregen, bedarf es nebenbei stets des mechanischen Reizes, des methodischen Bougirens. Die Vortheile dieses combinirten (übrigens nicht von allen Individuen vertragenen und für den Arzt zeitraubenden) Verfahrens liegen, namentlich für die Behandlung der chron. Gonorrhoe, auf der Hand. Der Vorschlag stammt von Vogt in Greifswald. **Rupprecht** (Halle).

A. Euwalt. Cystinstein, aus der fossa navicularis herausbefördert.

(Hygiea 1874. p. 272.)

Der Fall ist nur deshalb von Interesse, weil Cystinconcremente in Schweden ausserordentlich selten sind. Prof. Santesson, der den Fall mitgetheilt hat und einige Bemerkungen über die chemischen und mikroskopischen Eigenthümlichkeiten der Cystinsteine daran anknüpft, versichert, dass weder in der Sammlung des Museums von Stockholm, noch in der seinigen, beinahe ebenso reichen, sich ein einziges Specimen davon vorfinde. Der Patient, um den es sich handelt, hatte mehrere Jahre an Nierensteinkolik gelitten, sein Urin war auch nach der Entfernung des Concrements aus der fossa navicularis, wo es sich fest eingekeilt hatte, cystinhaltig. Nach seinem Dafürhalten sollten auch seine 3 Geschwister von derselben Krankheit befallen sein, was übrigens nicht mit Sicherheit festzustellen war.

Rossander (Stockholm).

Kleinere Mittheilungen.

W. Netzel. Ovariotomieen.

(Hygiea 1874. p. 65 und: 10 neue Ovariotomieen [alle im Jahre 1874]. Hygiea 1874. November.)

Verf. erstattet in dem ersten Aufsatze Bericht über 10 in den letzten 2 Jahren von ihm ausgeführte Ovariotomieen, nachdem er schon früher (Hygiea 1871. p. 127) 3 Fälle veröffentlicht hatte. Wir lassen sie alle im Auszug hier folgen.

I. Pat. 36 Jahr, unverheirathet. Dauer der Symptome 4—5 Jahre. Allgemeine Gesundheit gut. Tumor bis unter den Rippenrand emporsteigend. Keine vorhergegangene Punction; keine Adhäsionen. Linkes Ovarium. Stiel sehr kurz. Abbrennung. — Heilung.

II. Pat. 57 Jahr, unverheirathet. Dauer der Schwellung 4 Jahre. Gesundheit sonst gut. Punction $^1/_2$ Jahr vor der Operation. Umfang des Bauches 103 Cm. Abstand der Symphyse vom Nabel 23 Cm., vom Proc. xiphoid. 40 Cm. Starke Verwachsungen mit der Bauchwand. Rechtes Ovarium. Stiel sehr kurz und dick. Blutung nach der Durchbrennung durch Silberligaturen (verlorene) beseitigt. — Heilung.

III. Pat. 32 Jahr, unverheirathet. Dauer der Schwellung 2 Jahre. Allgemeinbefinden ziemlich gut. Umfang des Bauches 87 Cm. Abstand zwischen Symphyse und Proc. xiphoid. 35 Cm. Keine Adhärenzen. Linkes Ovarium. Stiel kurz. Durchbrennung. — Peritonitis. — Tod am 4. Tage.

IV. Pat. 47 Jahr, verheirathet, hat 3 Kinder geboren. Dauer der Symptome $1^1/_2$ Jahr. Umfang des Bauches 123 Cm. Abstand der Symphyse vom Proc. xiphoid. 60 Cm. Punction 3 Tage vor der Operation. Umfang des Bauches nachher 112 Cm. Sehr umfangreiche Verwachsungen an der Bauchwand. Multiloculäre Cyste; es war nothwendig, die Hand in die Cyste einzuführen und die Zwischenwände zu zerreiben. Stiel kurz und dick. Linkes Ovarium. Heilung der Wunde, aber nach einigen Wochen öffnete sich der untere Wundwinkel wieder und später wurde ein grosser, abgeschlossener Eiterherd in der rechten Seite geöffnet. — Pyämie. — Tod nach 10 Wochen.

V. Pat. 26 Jahr, unverh. Dauer der Schwellung nur einige Monate. Allgemeine Gesundheit gut. Umfang des Bauches 87 Cm. Abstand von der Symphyse zum Proc. xiphoid. 37 Cm. Operation sehr mühsam. Die Cystenwand, sehr dünn, bekam mehrere Einrisse neben dem Troikar und von den Fixirzangen, so dass

nicht wenig vom Inhalt in die Bauchhöhle austrat. Kein Stiel, die Cyste haftete mit breiter Basis am Ligamentum latum ein. Ein Ecraseur wurde herumgeführt. Blutung aus der Basis durch 2 Silberligaturen beseitigt. Ein Theil des Netzes musste entfernt werden, was wiederum zur Application von 2 Silbersuturen nöthigte. — Peritonitis. — Tod 30 Stunden nach der Operation.

VI. Pat. 42 Jahr. Dauer der Symptome ca. 1 Jahr. Kräfte sehr gesunken. Umfang des Bauches 106 Cm. Abstand von der Symphyse zum Proc. xiphoid. 49 Cm. Punction und Evacuation von 3 Kannen dicken Fluidums 3 Tage vor der Ovariotomie. Adhäsionen sehr mächtig, besonders mit dem Netze. Dieses konnte sogar nicht frei gemacht werden, sondern musste in der Mitte durch 2 Brennklemmen abgetrennt werden. Stiel lang und schmal. Rechtes Ovarium. Nachblutungen durch Application vom Glüheisen beseitigt. — Peritonitis. — Tod am 4. Tage. — Die Untersuchung erwies, dass ein Theil der Geschwulst maligner Natur war.

VII. Pat. 44 Jahr, Wittwe; vor 20 Jahren ein Kind geboren. Ovarialtumor vor 4 Jahren diagnosticirt. Umfang des Bauches 102 Cm. Abstand zwischen Symphyse und Proc. xiphoid. 44 Cm. Gesundheit schlecht, Fieber seit 2 Monaten. Auch diese Operation war sehr mühsam. Die Cyste hatte 3 verschiedene Anheftungen. Die eine, der eigentliche Stiel, ging von der rechten Seite des Uterus aus. Aber die Geschwulst war auch zwischen die Blätter des Ligamentum latum dextr. eingewachsen, und in diese Verwachsung war auch der processus vermiformis eingeschlossen. Sodann existirte eine innige Verbindung mit dem os ilei, die nicht gelöst werden konnte, sondern mit dem Messer abgetrennt wurde. Ligatur an der breitesten Stelle; 2 Brennklemmen an den anderen. — Heilung.

VIII. Pat. 25 Jahr, unverh. Krankheitsdauer 1 Jahr. Punction von einem anderen Arzte 6 Monate vor der Ovariotomie. Umfang des Bauches 85 Cm. Verwachsungen mit der Bauchwand, dem Netze, einem Stück vom Dünndarme und der Beckenwand in der Fossa iliaca dextr. Ziemlich heftige Peritonitis. — Dennoch Heilung.

IX. Pat. 35 Jahr, unverh. Anschwellung des Unterleibs seit $1^1/_2$ Jahren. Umfang des Bauches 102 Cm. Abstand zwischen Symphyse und Proc. xiph. 40 Cm. Adhäsionen mit dem Dünndarme. Basis sehr breit, von der fossa iliaca sin. bis zur linken Uterusecke reichend. 2 Brennklemmen. Ein kleiner Abscess öffnete sich im unteren Winkel der Wunde am 9. Tage. — Heilung.

X. Pat. 27 Jahr, hat vor 6 Jahren ein Kind geboren. Anschwellung des Bauches erst seit $^1/_2$ Jahre. Kräfte und Zustand im Allgemeinen schlecht. Umfang des Bauches 90 Cm. Abstand von Symphyse zum Proc. xiphoid. 37 Cm. Keine Adhärenzen. Linkes Ovarium. »Clamp« ohne Abbrennen. — Heilung.

XI. Pat. 35 Jahr, unverh. Ovarialgeschwulst diagnosticirt seit mehr als 1 Jahr. Allgemeinbefinden nicht gut, Kräfte gesunken. Punction 1 Monat vor der Ovariotomie. Umfang des Bauches jetzt 84 Cm. Abstand zwischen Symphyse und Proc. xiphoid. 34 Cm. Nur leichte Adhärenzen. Stiel 5 Cm. lang. L. Ovarium. Clamp. — Heilung.

XII. Pat. 63 Jahr, hat 2 Kinder geboren. Krankheitsdauer $1^1/_2$ Jahr. Zwei Punctionen, die letzte eine Woche vor der Operation. Leichte Adhärenzen an der Bauchwand und dem Netze. Bei Lösung der letzteren Blutung; Cauterisation. L. Ovarium. — Clamp. — Heilung.

XIII. Pat. 36 Jahr, unverh. Bemerkte die ersten Symptome der Vergrösserung des Unterleibs $^1/_2$ Jahr vor der Operation. Schmerzen ziemlich bedeutend. Umfang des Bauches 86 Cm. Abstand zwischen Symphyse und Proc. xiphoid. 38 Cm. Eine leichte Verwachsung mit dem Netze. Stiel lang. L. Ovarium. Clamp. — Heilung.

Erwähnt wird auch eine unvollendete Operation. Feste Verwachsungen liessen Verf. davon abstehen, sie zu Ende zu führen. Patientin starb.

Von den vollendeten Operationen also 9 Heilungen und 4 Todesfälle.

Verf. war früher Freund der Cauterisationsmethode für Abtrennung des Stiels, ist aber zum Clamp zurückgekommen, obwohl er niemals eine secundäre Blutung

nach der Cauterisation zu bedauern hatte. Er will das Abbrennen jetzt nur in den Fällen anwenden, wo die Application des Clamps auf besondere Schwierigkeiten stösst, d. h. bei sehr kurzem oder fehlendem Stiel. Die unvollendete Operation wurde im Seraphimsspital gemacht, bei einer der anderen, die tödtlich endete, war die Punction, die der Operation unmittelbar vorherging, auch im Spital ausgeführt. Alle anderen Operationen wurden in Privatwohnungen vorgenommen.

In dem 2. Aufsatze folgt dann die Beschreibung von 10 weiteren Ovariotomieen aus dem Jahr 1874:

XIV. Pat. 28 Jahr, unverheirathet. Dauer der Symptome 5 Jahre. Eine mehrmals recidivirende Pleuritis vor 1 Jahr. Punction 1 Jahr vor der Operation. Kräfte gesunken, bedeutende Abmagerung, sonst gesund. Umfang des Bauches 102 Cm. Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand, dem Netze und dem Becken wurden durch die Finger gelöst, mit Ausnahme an einem Puncte nahe an der Incision, wo ein Theil der Cystenwand gelassen wurde, unterbunden und wie ein zweiter Stiel im Bauchschnitte fixirt. Stiel lang und schmal. Rechtes Ovarium. Koeberle's serre-noeud. Peritonitis. — Spontaner Aufbruch eines Abscesses durch den Bauchschnitt nach 3 Wochen. Heilung.

XV. Pat. 42 Jahr, hat mehrere Kinder geboren. Krankheitsdauer 3 Jahre. Zustand der Kräfte schlecht. Keine Punction. Umfang des Bauches 92 Cm. Ein fusslanger Strang, aus 2 dicken Adern zusammengesetzt, lief vom linken Hypochondrium zur Tumorwand. Derselbe wurde doppelt ligirt. Ausgangsort der Hauptgeschwulst war das rechte Ovarium, aber auch das linke war vergrössert und wurde ebenfalls entfernt. Zwei serres-noeuds waren also nöthig. — Heilung.

XVI. Pat. 43 Jahr, hat 3 Kinder geboren, das letzte im Mai 1872. Dauer der Schwellung 8—10 Monate. Umfang der Bauches im März 1874 97 Cm. Allgemeinbefinden sehr schlecht, ein maligner Tumor wurde diagnosticirt, weshalb Dr. Netzel die Operation verweigerte. Als aber eine von einem anderen Arzte ausgeführte Punction 3 Kannen gewöhnlichen Cysteninhalts entleerte, zweifelte Verf. wieder an der Richtigkeit seiner ersten Diagnose und liess sich schliesslich durch das dringende Verlangen der Kranken zur Operation verleiten. Dieselbe wurde am 30. Juni 1874 vorgenommen. Umfangreiche Verwachsungen mit der Bauchwand, mit dem verdickten, schwieligen Netze, den Gedärmen, Mesenterium, Uterus, Ligamenta lata und Becken. Blutung sehr bedeutend, meistens parenchymatös. Rechtes Ovarium. — Tod nach 6 Stunden. — Die Geschwulstwand erwies sich bei der Untersuchung als carcinomatös degenerirt.

XVII. Pat. 38 Jahr, hat 3 Kinder geboren, das letzte im Novbr. 1873; dieses Kind war vollständig gesund, obschon der Tumor damals fast eben so gross war, als bei der Operation. Dauer der Schwellung 4 Jahre. Zustand der Kranken ziemlich gut. Umfang des Bauches 99 Cm. Verwachsungen nur mit dem Netze. Cyste fast uniloculär. Rechtes Ovarium. Auch das linke war um das doppelte vergrössert und wurde ebenfalls entfernt. Zwei serres-noeuds. — Heilung.

XVIII. Pat. 40 Jahr, verheirathet, ohne Kinder. Dauer der Symptome 3—4 Jahre. Gesundheit gut. Umfang des Bauches 105 Cm. Verwachsungen mit der Bauchwand. Stiel breit und dick. Linkes Ovarium. Serre-noeud. Nach der Naht der Bauchwunde wollte der Operateur einen Theil des vor dem serre-noeud liegenden Stumpfes abtrennen, dabei glitt aber der ganze Stiel aus der Klemme wieder in die Bauchhöhle zurück. Alle Suturen mussten wieder gelöst werden, der Stiel wurde aufgesucht und sicherer fixirt, die Wunde wieder zugenäht. — Sehr rapide Heilung.

XIX. Pat. 37 Jahr, unverh. Geschwulst seit 4—5 Jahren bemerkt. Kräftezustand sehr schlecht, häufiges Erbrechen. Umfang des Bauches 106 Cm. Punction und Ausleerung von 6 Kannen Fluidum 6 Wochen vor der Ovariotomie. — Sehr umfangreiche Verwachsungen mit der Bauchwand, dem Netze und der Blase. Stiel lang und fingerdick, nach oben gedrängt, wurde in der Mitte der Wunde befestigt. Ein Theil des zerrissenen Netzes wurde in einen separaten serre-noeud eingeschlossen. R. Ovarium. Peritonitis. — Heilung.

XX. Pat. 17 Jahr. Dauer der Symptome 1/2 Jahr. Umfang des Bauches 107 Cm. Abmagerung; Erbrechen; Kräftezustand schlecht. Nur leichte Adhärenzen an der Bauchwand. L. Ovarium. — Serre-noeud. — Heilung.

XXI. Pat. 28 Jahr, unverh. Dauer der Schwellung 4 Jahre. Gesundheit gut. Umfang des Bauches 105 Cm. Unbedeutende Verwachsungen mit dem Netze. R. Ovarium. Serre-noeud. — Heilung.

XXII. Pat. 42 Jahr, verheirathet, 3 Kinder. Dauer der Schwellung 4 Jahre. Gesundheit gut. Umfang des Bauches 97 Cm. Leichte Adhäsionen an der Bauchwand. R. Ovarium. Serre-noeud. — Heilung.

XXIII. Pat. 38 Jahr, verh., 2 Kinder. Die Geschwulst wurde schon vor 7 Jahren, nach der ersten Entbindung, wahrgenommen. Allgemeinbefinden ziemlich schlecht. 3 Wochen vor der Operation von einem andern Arzte punctirt. Umfang des Bauches 96 Cm. Verwachsungen mit der Bauchwand und mit dem Netze, die letztere sehr stark, mussten unterbunden und in einem besonderen Serre-noeud fixirt werden. Auch starke Verwachsungen mit den Organen des Beckens. R. Ovarium. Im Netze zahlreiche kleine, graulich-weisse Geschwülste. — Serre-noeud. Peritonitis. — Tod nach 54 Stunden. Die Obduction erwies carcinomatöse Depositionen im Netze, in den Mesenterialdrüsen, in der Leber und im linken Ovarium. Das exstirpirte rechte Ovarium war davon frei! **Rossander** (Stockholm).

D. Peruzzi. Storia di due Ovariotomie.

(Il Raccoglitore medico 1874. No. 31—32.)

In dem ersteren Falle handelte es sich um einen fibrösen Ovarialtumor. Obwohl die Operation vollkommen glatt ablief und in nicht ganz 25 Minuten vollendet war, starb die Frau am 3. Tage an Septicämie. Bei der Section fand sich in der Beckenhöhle eine ziemliche Menge trüber, gelbgrüner, flockiger Flüssigkeit.

Im 2. Falle handelte es sich um eine vielkämmerige Cyste mit weit ungünstigeren Verhältnissen. P. legte die Drainage durch den Douglas'schen Raum an. Der Verlauf war überaus günstig. In den ersten Tagen entleerte sich eine grosse Menge Flüssigkeit durch die Drainröhre. Es wurden täglich Einspritzungen in die Bauchhöhle von unterschwefligsaurem Natron (5%) und später von Carbolsäure (1:1000) vorgenommen. Die Röhre wurde nach 14 Tagen entfernt. 18 Tage nach der Operation verliess die Kranke das Bett. **Menzel** (Triest).

Pravaz. Le traitement et les causes de la scoliose.

(Société de chir. Séance du 14. Octbr. 1874. Gaz. hebdom. 1874. No. 43.)

P. meint, die Ursache des Entstehens der Scoliose liege in einer ungleichen Entwicklung der seitlichen Hälften der Wirbelkörper. Die dagegen angewandten orthopäd. Mittel, die Gymnastik habe sicherlich einen gewissen Einfluss, der theils auf die Verminderung des Gewichtes der oberen Körperpartieen, theils auf die Extension, die von der unteren Körperhälfte ausgeübt werde, theils auf die Muskelwirkung komme. Von der schwedischen Behandlungsmethode hält P. sehr wenig. Er geht sodann über zu den mechanischen Apparaten, welche theils durch Druck, theils durch Zug wirken. Die Extensionsbetten seien von unzweifelhaftem Nutzen, doch wirken sie nicht gegen die Rotation der Wirbel, eines der wichtigsten Momente der scoliotischen Deformation. Mieder und Gürtel wirken nur sehr unvollkommen. Unter den durch Druck wirkenden Apparaten verwirft P. die tragbaren, entgegen Dubreuil, der von solchen Corsets oft sehr gute Wirkungen sah. Am besten wirken nach P. die horizontalen Druckapparate, wovon er 2 Systeme mit seitlichem Druck demonstrirt.

Després bemerkt, dass bei jugendlichen Individuen das Mieder und die Gymnastik sicher Heilung erzielen können.

Tillaux hält die Scoliose für ein Resultat der Muskelschwäche beim Kinde hieraus folge ein Uebermass in der normalen Krümmung der Wirbelsäule.

Dubreuil meint, man müsse ätiologisch bei der Scoliosis unterscheiden zwi-

schen Muskelschwäche und Schwäche der Ligamente, Ungleichheit der Zwischenwirbelscheiben. Im ersteren Falle könne man durch horizontale Lage das Redressement bewerkstelligen, viel schwerer sei es im 2. Falle.

Trélat hält das Wesen der Scoliose für ganz unaufgeklärt. Er spricht sich für das Mieder und horizontale Bett aus.

Després erinnert, dass Duchenne gezeigt habe, dass im Beginn der Scoliose eine ungleiche Stärke zwischen den antagonistischen Muskeln bestehe; später werde aus der fehlerhaften Haltung eine bleibende Difformität.

Dépaul bemerkt, dass Duchenne's Anschauung zuzugeben sei. Die Depression der Wirbel sei stets nur secundär. Betten und Mieder seien nur in speciellen Fällen von Nutzen. D. giebt einem guten Allgemeinregime, der Gymnastik und gut geleiteten Muskelübungen den Vorzug; gewisse Haltungsfehler könne man dadurch verbessern, die schon bestehenden Veränderungen in den Knochen seien nicht zu beseitigen. **Fr. Steiner** (Wien).

Peters. Die arterielle Transfusion und ihre Anwendung bei Erfrierung.

Inaug.-Diss. Greifswald. 1874.

Zur Stütze der Hüter'schen Ansicht, dass man durch arterielle Transfusion in erfrorene Theile, während der ersten 24 Stunden vorgenommen, die Gangrän hintanhalten könne, referirt Verf. über einen auf der Greifswalder chirurg. Klinik vorgekommenen Fall. Der eiskalte, bläuliche, gefühllose und auf Nadelstick lackfarbene Flüssigkeit entleerende Fussrücken wurde schon während der Transfusion in die Art. tibialis postica wieder roth und warm und entleerte aus Stichöffnungen arterielles Blut. Im weiteren Verlauf wurden nur die Zehen theilweise gangränös und P. vermuthet, dass die vorgenommene Transfusion die Demarcationslinie von der Basis des Metatarsus nach der der Zehen hinausgeschoben habe. An dem anderen gleichzeitig erfrorenen, aber nicht transfundirten Fusse bildete sich in dem ganzen von vornherein gefühllosen Bereiche Frostgangrän aus.

Rupprecht (Halle).

Trélat. De l'urethrotomie externe. — Indications spéciales. — Manuel opératoire.

(Le progrès médical 1874. No. 11 et 12.)

T. berichtet in einem Vortrage, der nichts Neues enthält, über einen äusseren Harnröhrenschnitt wegen hochgradiger Strictur (nach Tripper), complicirt mit Perinealfisteln, bei einem schon heruntergekommenen Individuum (Alter?). T. liess nach der Operation 13 Tage lang einen Katheter liegen, der nur 1 Mal, am 6. Tage, als schon eine Cystitis mit hohem Fieber vorhanden war, gewechselt wurde. Die Cystitis wurde immer heftiger. Am 20. Tage Blutung (woher?), die sich an den folgenden Tagen wiederholte, am 23. Tage Blutung von 500 grm. Am 29. Tage Tod. — Autopsie: In den Nieren, von denen die eine hypertrophirt, die andere atrophisch war, fanden sich eine Menge Abscesse. Ureteren perlschnurartig erweitert, oberhalbder verengten Stellen phosphatische Concretionen. Blase zusammengezogen, Volumen kaum von Hühnereigrösse. Wände verdickt mit allen Zeichen chronischer Cystitis und circumscripten Zerstörungen. Urethra vor der Wunde gesund, hinter derselben die Spuren hochgradiger Entzündung. — T. vermuthet den Tod des Pat. durch die Operation etwas aufgehalten zu haben (? Ref.) und ermahnt zum Schluss seine Schüler, bei alten Stricturen möglichst frühzeitig für ordentlichen Abfluss des Urins zu sorgen. **Petersen** (Kiel).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Hierzu **Titel** und **Register** für Jahrgang 1874.

rischen-
Redner-

cht sich

ler Sce-
; späte

Die De-
in spe-
nnasti
ne nur
1 seier
n'.

erung.

fusion
ingris
Klinik
lack-
fusion
ingen
ninös
von
dem
h in

uel

ren
eri-
ess
6.
de.
an
29.
ere
rt,
en,
ner
ter
st.
ss
ss

lle
g,

5024 007

